ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ - ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರ

(ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ)

ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಪಿಎಚ್.ಡಿ. ಪದವಿಗಾಗಿ
ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧ

ಸಂಶೋಧಕರು
ರತಿ

ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕರು
ಡಾ. ಸಿದ್ದಗಂಗಮ್ಮ
ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು

ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಭಾಗ
ಸಮಾಜ ವಿಜ್ಞಾನಗಳ ನಿಕಾಯ
ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ
ವಿದ್ಯಾರಣ್ಯ ೫೮೩ ೨೭೬
೨೦೧೫

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ – ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರ

(ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ)

ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಪಿಎಚ್.ಡಿ. ಪದವಿಗಾಗಿ
ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧ

ಸಂಶೋಧಕರು
ರತಿ

ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕರು
ಡಾ. ಸಿದ್ಧಗಂಗಮ್ಮ
ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು

ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಭಾಗ
ಸಮಾಜ ವಿಜ್ಞಾನಗಳ ನಿಕಾಯ
ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ
ವಿದ್ಯಾರಣ್ಯ ೫೮೩ ೨೭೬

೨೦೧೯

ಸಂಶೋಧಕರ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ – ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರ (ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ) ಎಂಬ ಶೀರ್ಷಿಕೆಯ ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಷಯದ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧವನ್ನು ಪಿಎಚ್.ಡಿ. ಪದವಿಗಾಗಿ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸಲು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಭಾಗದ ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರಾದ **ಡಾ. ಸಿದ್ಧಗಂಗಮ್ಮ** ಅವರ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನದಲ್ಲಿ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧವನ್ನು ಈ ಮೊದಲು ಯಾವುದೇ ಪದವಿ ಇಲ್ಲವೇ ಇತರೆ ಉದ್ದೇಶಗಳಿಗೆ ಬಳಸಿಕೊಂಡಿಲ್ಲ ಎಂದು ಈ ಮೂಲಕ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ : 25/10/2019
ಸ್ಥಳ : ವಿದ್ಯಾರಣ್ಯ

(ರತಿ)
ಸಂಶೋಧಕರು
ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಭಾಗ
ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ

ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕರ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರ

ರತಿ ಅವರು **ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ - ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರ (ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ)** ಎಂಬ ಶೀರ್ಷಿಕೆಯ ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಷಯದ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧವನ್ನು ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯಕ್ಕೆ ಪಿಎಚ್.ಡಿ. ಪದವಿಗಾಗಿ ನನ್ನ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನದಲ್ಲಿ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಭಾಗಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗವನ್ನು ಈ ಮೊದಲು ಯಾವುದೇ ಉದ್ದೇಶ ಅಥವಾ ಪದವಿಗಳಿಗಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ದಿನಾಂಕ : 25/10/2019.
ಸ್ಥಳ : ವಿದ್ಯಾರಣ್ಯ

(ಡಾ. ಸಿದ್ಧಗಂಗಮ್ಮ)
ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕರು
ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಭಾಗ
ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ

ಪರಿವಿಡಿ

ಸಂಕೇತ ಸೂಚಿ

ಎಸ್.ಸಿ.	– ಸಬ್ ಸೆಂಟರ್
ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ.	– ಪ್ರೈಮರಿ ಹೆಲ್ತ್ ಸೆಂಟರ್
ಸಿ.ಎಚ್.ಸಿ.	– ಕಮ್ಯುನಿಟಿ ಹೆಲ್ತ್ ಸೆಂಟರ್
ಯು.ಪಿ.ಎಚ್.ಸಿ.	– ಅರ್ಬನ್ ಪ್ರೈಮರಿ ಹೆಲ್ತ್ ಸೆಂಟರ್
ಎ.ಎನ್.ಎಂ.	– ಆಕ್ಸಿಲ್ಲರಿ ನರ್ಸ್ ಮಿಡ್‌ವೈಫ್
ಎಲ್.ಎಚ್.ವಿ.	– ಲೇಡಿ ಹೆಲ್ತ್ ವಿಸಿಟರ್
ಆಶಾ	– ಎಕ್ರೆಡಿಟೆಡ್ ಸೋಷಿಯಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಕ್ಟಿವಿಸ್ಟ್
ಯು.ಎನ್.ಡಿ.ಪಿ.	– ಯುನೈಟೆಡ್ ನೇಷನ್ಸ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಪ್ರೋಗ್ರಾಂ
ಎನ್.ಸಿ.ಪಿ.	– ನರ್ಸಿಂಗ್ ಕೇರ್ ಪ್ಲ್ಯಾನ್
ಇ.ಸಿ.ಓ.ಎಸ್.ಓ.ಸಿ.	– ಇಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಸೋಷಿಯಲ್ ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಆಫ್ ಯುನೈಟೆಡ್ ನೇಷನ್ಸ್
ಎನ್.ಎಚ್.ಪಿ.	– ನ್ಯಾಷನಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಪಾಲಿಸಿ
ಎಚ್.ಡಿ.ಐ.	– ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂತ್ ಇನ್‌ಡೆಕ್ಸ್
ಎನ್.ಎಫ್.ಎಚ್.ಎಸ್.	– ನ್ಯಾಷನಲ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವೇ
ಎಚ್.ಎಂ.ಐ.ಎಸ್.	– ಹೆಲ್ತ್ ಮ್ಯಾನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್ ಇನ್‌ಫಾರ್ಮೇಷನ್ ಸಿಸ್ಟಂ
ಐ.ಎಂ.ಆರ್.	– ಇನ್ಫ್ಯಾಂಟ್ ಮೊರ್ಟಾಲಿಟಿ ರೇಟ್
ಎಂ.ಎಂ.ಆರ್.	– ಮೆಟರ್ನಲ್ ಮೊರ್ಟಾಲಿಟಿ ರೇಟ್
ಆರ್.ಸಿ.ಎಚ್.	– ರೀಪ್ರೊಡಕ್ಟಿವ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಚೈಲ್ಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಪ್ರೋಗ್ರಾಂ
ಜಿ.ಡಿ.ಪಿ.	– ಗ್ರೋಸ್ ಡೊಮೆಸ್ಟಿಕ್ ಪ್ರೋಡಕ್ಟ್
ಎನ್.ಆರ್.ಎಚ್.ಎಂ.	– ನ್ಯಾಷನಲ್ ರೂರಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಮಿಷನ್
ಟಿ.ಎಫ್.ಆರ್.	– ಟೋಟಲ್ ಫರ್ಟಿಲಿಟಿ ರೇಟ್
ಎ.ಎಚ್.ಎಸ್.	– ಎನ್ಯೂವಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವೇ

ಪರಿಶಿಷ್ಟಗಳು

(ಕೋಷ್ಟಕಗಳು, ವೃತ್ತಚಿತ್ರಗಳು, ಲಂಬಚಿತ್ರಗಳು)

ನಕ್ಷೆಗಳು

ಕೋಷ್ಟಕಗಳು

ಛಾಯಾಚಿತ್ರಗಳು

ಅಧ್ಯಾಯ ಒಂದು

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ

೧.೧. ಪೀಠಿಕೆ

೧.೨. ಸಮಸ್ಯೀಕರಣ

೧.೩ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರ

೧.೪. ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶಗಳು

೧.೫. ಅಧ್ಯಯನದ ಮಹತ್ವ

೧.೬. ಅಧ್ಯಯನದ ವಿಧಾನ

೧.೭. ಅಧ್ಯಯನದ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ಇತಿಮಿತಿಗಳು

೧.೮. ಅಧ್ಯಯನದ ವಿಭಾಗೀಕರಣ

ಅಧ್ಯಾಯ ಒಂದು

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ

೧.೧. ಪೀಠಿಕೆ

ಒಂದು ಸಮಸ್ಯೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲು ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾದ ಕಾಳಜಿಯು ಅತ್ಯಗತ್ಯ. ಈ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ವಿಧಾನಗಳ ಮೂಲಕ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವುದು ಬಹಳ ಅಗತ್ಯ. ಅಮೆರಿಕಾದ ಸಮಾಜ ಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞನಾದ ಆರ್ಲ್ ರಾಬರ್ಟ್ ಬಾಬ್ಬಿ ಅವರ ಪ್ರಕಾರ "ಒಂದು ಗಮನಿಸಿದ ವಿದ್ಯಮಾನವನ್ನು ವಿವರಿಸಲು, ಗ್ರಹಿಸಲು ಮತ್ತು ನಿಯಂತ್ರಿಸಲು ಇರುವ ವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾದ ವಿಚಾರಣೆಯೇ ಸಂಶೋಧನೆಯಾಗಿದೆ. ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯು ಅನುಗಮನದ ಮತ್ತು ಅನುಮಾನಾತ್ಮಕ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ"[೧] ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ.

ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಗಳು ಹೊಸತಾದಂತಹ ಅಧ್ಯಯನಗಳೊಂದಿಗೆ, ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ಗಳೊಂದಿಗೆ, ಸಂಶೋಧನೆಗಳೊಂದಿಗೆ, ಹೊಸದಾದ ಪ್ರಯೋಗಗಳಿಗೆ ವಿಚಾರಧಾರೆಗಳಿಗೆ ನಮ್ಮನ್ನು ತೊಡಗಿಸುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಹೊಸದಾದ ವಿದ್ಯಮಾನಗಳು ನಡೆಯಲು ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಸಮಸ್ಯೆಯು ಸಂಶೋಧನೆಗಳ ಮುಖಾಂತರವೇ ಪರಿಹಾರ ಗಳನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ಸಂಶೋಧನೆ ಎಂದರೆ ತನಗೆ ಗೊತ್ತಿಲ್ಲದ್ದನ್ನು ಹುಡುಕುವ ಒಂದು ಪ್ರಯತ್ನವಾಗಿದೆ. ಮಾನವನ ಆಸೆಗಳು ಅಪರಿಮಿತವಾಗಿದ್ದು, ಇದಕ್ಕೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ ಮಾನವನು ತನ್ನ ಆಸೆಗಳನ್ನು ಈಡೇರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಪ್ರಯಾಸಪಡುತ್ತಿದ್ದಾನೆ. ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಗರಿಷ್ಠ ತೃಪ್ತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯುಂತಹ ಒಂದು ವಿಧಾನವೇ ಈಗಿನ ಆರ್ಥಿಕತೆಯಾಗಿದೆ. ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಉತ್ಪಾದನೆ, ಗರಿಷ್ಠ ತೃಪ್ತಿಗಳ ಅನ್ವೇಷಣೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಶೋಧನೆಯ ಪಾತ್ರ ಬಹಳ ಮಹತ್ವದ್ದಾಗಿದೆ.

ಮಾನವನ ಮೂಲಭೂತ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಇಂದು ಹಲವಾರು ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ಈ ದಿಕ್ಕಿನಲ್ಲಿಯೇ ಸಾಗುತ್ತಿವೆ. ಆಹಾರ, ಬಟ್ಟೆ, ವಸತಿ ಮಾನವನ ಮೂಲಭೂತ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳಾಗಿದ್ದು, ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ ಹಲವಾರು ಅಗತ್ಯಗಳು ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗಿರುವುದನ್ನು

ನಾವು ಗಮನಿಸಬಹುದು. ಇದರಲ್ಲಿ ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾದವು ಮಾನವನ ಆರೋಗ್ಯ. ಈ ಆರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತಂತೆಯೂ ಹಲವಾರು ದಶಕಗಳಿಂದ ಹಲವಾರು ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ನಡೆದಿವೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಈ ದಿಕ್ಕಿನಲ್ಲಿಯೇ ಮುಂದುವರೆದಿದ್ದು "ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ-ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರ-ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ" ಎಂಬ ವಿಚಾರದೊಂದಿಗೆ ಸಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಕಳೆದ ಕೆಲವು ದಶಕಗಳಿಂದ ನಾವು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಎಂಬ ಮಂತ್ರವನ್ನು ಪಠಿಸುತ್ತಿದ್ದೇವೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ವರಮಾನ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯಾಗಿದ್ದು ನಂತರದ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಜ್ಞಾನ ಶಿಸ್ತುಗಳು ಬಹಳ ವಿಸ್ತಾರತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿ ಬೆಳೆದುಬಂದಿದೆ. ಈ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ವಿವಿಧ ಪ್ರಣಾಳಿಕೆಗಳನ್ನು ನಾವು ಹೀಗೆಂದು ವಿವರಿಸಬಹುದು. ಅರ್ಥಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆ (ವರಮಾನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ-೧೯೪೦ರ ದಶಕ) ಅವಲಂಬನಾ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಿದ್ಧಾಂತ(೧೯೬೦ರ ದಶಕ), ಸಹಭಾಗಿತ್ವದ ಜನರನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳುವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ (೨೦೦೦ರ ದಶಕ), ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ (೧೯೯೦ ಯು.ಎನ್.ಡಿ.ಪಿ), ಲಿಂಗ ಸಂಬಂಧಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ (೧೯೯೫ ಯು.ಎನ್.ಡಿ.ಪಿ), ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ (೧೯೯೦ ಯು.ಎನ್.ಡಿ.ಪಿ), ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ (೨೦೧೦), ಸಾಮಾಜಿಕ ನ್ಯಾಯದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ (೨೦೦೦).[೨]

ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಎನ್ನುವುದು ಹಸಿವು ಮತ್ತು ದುಃಖವನ್ನು ದೂರೀಕರಿಸುವಂತಿರಬೇಕು. ಏಕೆಂದರೆ ಹಸಿವು ಮುಕ್ತ ಅಥವಾ ಕಷ್ಟಗಳಿಂದ ಹೊರತಾದ ಜೀವನವು ಮನುಷ್ಯನನ್ನು ಹೊಸ ಅವಿಷ್ಕಾರಗಳ ಚಿಂತನೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸುತ್ತದೆ. ಇದು ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ.[೩]

ಕಳೆದ ಕೆಲವು ದಶಕಗಳಿಂದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಪಾರಮಾರ್ಥಿಕ ನಡೆಯನ್ನು ನಾವು ಕಾಣಬಹುದು. ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಎನ್ನುವುದು ದೇಶದ ಬಡತನದ ಚೌಕಟ್ಟು, ಸಮಾನತೆ, ಉತ್ಪಾದನಾ ಚಟುವಟಿಕೆ ಇವೆಲ್ಲವುಗಳಿಂದ ಬಿಂಬಿತವಾದರೂ ಸಹ ೧೯೪೯ರ ನಂತರದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ಈ ಹಂತಗಳನ್ನು ಮೀರಿ ಇನ್ನೂ ಒಂದು ಹೆಜ್ಜೆ ಮುಂದೆ ಇಟ್ಟಿದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಮಟ್ಟವು ಆ ದೇಶದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಲ್ಪಡುವುದಾದರೂ ವಸಾಹತುಶಾಹಿ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇವು ಸರ್ವೇ ಸಾಮಾನ್ಯವಾದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಾಗಿವೆ. ಈ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಮೀರಿ ವಸಾಹತುಶಾಹಿ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ತೊಡಕುಗಳಾಗುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಹೊಸದಾಗಿ ಇನ್ನಷ್ಟು ವಿಷಯಗಳ ಸೇರ್ಪಡೆಯೊಂದಿಗೆ ಹೊಸ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಚಾಲನೆಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡಿವೆ. ಇದು ದೇಶಗಳೊಳಗೆ ಆರ್ಥಿಕತೆಯ ಇನ್ನಷ್ಟು ಮೂಲ ಆಶಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿದೆ.[೪]

ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಎನ್ನುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ೨ನೇ ಮಹಾಯುದ್ಧದ ನಂತರ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಚಲಿತವಾದಂತಹ ವಿದ್ಯಮಾನ ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಅದುವರೆಗೂ ಬ್ರಿಟಿಷರ ಆಳ್ವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ನಲುಗಿ ಹೋಗಿದ್ದ ಅದೆಷ್ಟೋ ವಸಾಹತುಶಾಹಿ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ತಾವು ಗಳಿಸಿದ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯದ ಸಂತೋಷವನ್ನು

ಅನುಭವಿಸುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಹಲವಾರು ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿತ್ತು. ಈ ವಸಾಹತುಶಾಹಿ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹೇರಳವಾದ ಸಂಪತ್ತು ಲಭ್ಯವಿದ್ದರೂ ಅದನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವಂತಹ ಹಾಗೂ ತನ್ನ ಆರ್ಥಿಕತೆಗೆ ಕೊಡುಗೆಯಾಗಿ ಮಾರ್ಪಾಡು ಮಾಡುವಂತಹ ಚಾಕಚಕ್ಯತೆಯ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆ ಹಾಗೂ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನದ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗಿತ್ತು. ಭಾರತವೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಈ ವಸಾಹತುಶಾಹಿ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಇಂತಹ ಇಕ್ಕಟ್ಟಿನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಿಂದ ಪಾರಾಗುವ ಸಲುವಾಗಿ ನೆರವಿನ ಹಸ್ತದ ನಿರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿದ್ದವು ಎಂದರೆ ತಪ್ಪಾಗಲಾರದು.

೧೯೪೯ರ ಜನವರಿ ೨೦ರಂದು ಅಮೇರಿಕಾ ಅಧ್ಯಕ್ಷರಾದ ಹ್ಯಾರಿ ಎಸ್. ಟ್ರೂಮನ್ ಅವರ ಘೋಷಣೆ ಹಿಂದುಳಿದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹೊಸ ಆಶಾಭಾವನೆಯನ್ನು ಮೂಡಿಸಿತು. "ನಾವೆಲ್ಲರೂ ನಮ್ಮ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಲಭ್ಯವಿರುವ ಕೈಗಾರಿಕಾಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಹಿಂದುಳಿದ ದೇಶಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಸಲುವಾಗಿ ವಿನಿಯೋಗಿಸಲು ಹೊಸದಾದ ಮತ್ತು ದಿಟ್ಟವಾದ ಹೆಜ್ಜೆಯನ್ನು ಇಡಬೇಕಾದುದು ಬಹಳ ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ."[೩] ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಘೋಷಣೆಯಲ್ಲಿ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಟ್ರೂಮನ್ ಅವರು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿರದ ಪದಗಳ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನವನ್ನು ಪ್ರಯೋಗಿಸಿದರು. ಈ ಮೂಲಕ ದೇಶಗಳ ನಡುವಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಹಿಂದುಳಿದ ಅಥವಾ ಅಲ್ಪಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಎನ್ನುವ ಸೂಚ್ಯಾಂಕವನ್ನು ಬಳಸುವ ಮೂಲಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಹೊಸ ಶಕೆಗೆ ನಾಂದಿ ಹಾಡಿದರು.[೪]

ಅಮೆರಿಕಾದ ಈ ನಡೆಯು ಅದರ ಮೂಲ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಇದ್ದಿತಾದರೂ, ಹಿಂದುಳಿದ ದೇಶಗಳಿಗೆ ಅದೊಂದು ವರದಾನವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿತು. ಇದಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ಹ್ಯಾರಿ ಎಸ್. ಟ್ರೂಮನ್ ಅವರು ತನ್ನ ಹೊಸ ಘೋಷಣೆಯೊಂದಿಗೆ ಹೊಸ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಚಾಲನೆಯನ್ನು ನೀಡಿದರು.[೫] ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಟ್ರೂಮನ್ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಹಿಂದುಳಿದ ಅಥವಾ ಅಲ್ಪಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಎನ್ನುವ ಶಬ್ದವನ್ನು ಪ್ರಯೋಗಿಸಿದರು. ಹಿಂದುಳಿದ ಅಥವಾ ಅಲ್ಪಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ಎನ್ನುವ ಯುಗವು ಪ್ರಾರಂಭವಾದದ್ದು ೧೯೪೯ ಜನವರಿ ೨೦ರ ನಂತರ. ಹಾಗೆಂದು ಟ್ರೂಮನ್ ಈ ಪದವನ್ನು ಪ್ರಯೋಗ ಮಾಡಿದ ಮೊದಲ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿರಲಿಲ್ಲ. ವಿಲ್‌ಫ್ರೆಡ್ ಬೆನ್ಸ್‌ನ್ ಮತ್ತು ರೋಜೆಸ್ಟನ್ ರೊಡಾನ್‌ರವರು ೧೯೪೪ರಲ್ಲಿ "ಹಿಂದುಳಿದ" ಹಾಗೂ "ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿರದ" ಪದಗಳ ಬಳಕೆಯನ್ನು ತಮ್ಮ ಆರ್ಥಿಕತೆಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯಲ್ಲಿ ಬಳಸಿರುತ್ತಾರೆ.[೬]

೧೯೬೨ರಲ್ಲಿ ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಸೋಷಿಯಲ್ ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಆಫ್ ಯುನೈಟೆಡ್ ನೇಷನ್ (ಇ.ಸಿ.ಓ.ಎಸ್.ಓ.ಸಿ.)ಅಂಗೀಕರಿಸಿದ ನಡಾವಳಿಯ ಪ್ರಕಾರ "ಹಿಂದುಳಿದ ದೇಶಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಯು ಕೇವಲ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲ. ಆದರೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕವಾಗಿ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಗುಣಾತ್ಮಕ ಹಾಗೂ ಪರಿಮಾಣಾತ್ಮಕ ಹೊಸ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ತರಬೇಕು. ಈ ಸ್ತರದಲ್ಲಿ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಜೀವಿಸುವ ಪ್ರಜೆಗಳ ಅಥವಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಜೀವಿತದ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಬೇಕು

ಮತ್ತು ಅದು ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕು" ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದೆ.[೯] ಪುನರ್‌ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಸಮತೋಲನಾತ್ಮಕ ಆಭಿವೃದ್ಧಿ ಎಂಬ ಹೊಸ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯೊಂದಿಗೆ ಹಾಗೂ ಬದಲಾವಣೆಯೊಂದಿಗೆ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿದೆ. ಯು.ಎನ್.ಡಿ.ಪಿ.ಯ ೧೯೯೦ರ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿಯ ಪ್ರಕಾರ "ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕಾಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಮಾನವನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯೊಂದಿಗೆ ತಳಕು ಹಾಕಿಕೊಂಡಿದೆ. ಒಂದು ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಅದರ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ರಾಜಕೀಯ ಅಂಶಗಳು ಮಾಪನ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುವುದೇ ಅಲ್ಲದೆ ಈ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳು ಮಾನವನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಪೂರಕವಾದರೆ ಮಾತ್ರ ಆ ದೇಶವು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪಥದಲ್ಲಿದೆ ಎಂದು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಅಂತರ್‌ದೇಶೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು ೧೩೦ ದೇಶಗಳು ಈ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಕುರಿತಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆಸಕ್ತಿಯನ್ನು ವಹಿಸಿವೆ.[೧೦]

ಟ್ರೂಮನ್ ಘೋಷಣೆಯು ಜಗತ್ತಿನ ನೋಟದ ಒಂದು ಪಥವನ್ನೇ ಬದಲಾಯಿಸಿದೆ ಹಾಗೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಭೌತಿಕವಾಗಿ ಈ ಭೂಮಿಯ ಚಹರೆಯನ್ನೇ ಮಾರ್ಪಡಿಸಿದೆ. ಹೇಗೆಂದರೆ, ಆರಂಭಿಕ ಕಾಲದಿಂದಲೂ ಆರ್ಥಿಕತೆಯ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ನಾವು ಗಮನಹರಿಸಿದರೆ ಶ್ರೀಮಂತಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಉಳಿದು ಬಡ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಬಡತನದ ಬವಣೆಯನ್ನು ತಮಗೆ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಂತೆ ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಂಡದ್ದು ಗಮನಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತದೆ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೇ, ಇತಿಹಾಸದಲ್ಲಿ ಈ ಶ್ರೀಮಂತ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳೇ ಎಂದಿಗೂ ಚಾಂಪಿಯನ್‌ಶಿಪ್‌ನ್ನು ಗಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಸತತವಾಗಿ ವಿಜಯದ ಹಾದಿಯಲ್ಲಿ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವುದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶ.[೧೧]

ಒಂದು ರಾಷ್ಟ್ರದ ಆರ್ಥಿಕ, ರಾಜಕೀಯ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಚಟುವಟಿಕಗಳ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಎಂದು ಕರೆಯಬಹುದು ಹಾಗೂ ಇದು ದೀರ್ಘಕಾಲಿಕ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿದೆ[೧೩]. ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯಲ್ಲಿ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಭೌತಿಕವಾಗಿ ಸಹ ಒಂದು ದೇಶವು ಉತ್ತಮ ಭೌತಿಕ ಪರಿಸರವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಕೂಡಾ ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಸೂಚಕವಾಗಿದೆ. ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಬಡತನ, ಅನಕ್ಷರತೆ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಸಮಾನತೆ ಇವೆಲ್ಲವುಗಳು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಜೀವತಂತುಗಳು ಎಂದೆನಿಸಿದರೂ ನಂತರದ ಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಈ ಮೂಲ ಅಂಶಗಳೊಡನೆ ಇನ್ನಿತರ ಹಲವಾರು ಅಂಶಗಳು ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಅದರ ಕುರಿತಂತೆ ಮಹತ್ವದ ತೀರ್ಮಾನವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಅದೆಷ್ಟು ಚರ್ಚೆಗಳು, ಸಂಕಿರಣಗಳು, ಉನ್ನತ ಮಟ್ಟದ ತೀರ್ಮಾನಗಳು ಬಹಳಷ್ಟು ನಡೆದಿವೆ. ವರ್ಲ್ಡ್ ಕಮಿಷನ್ ಎನ್ವಿರಾನ್ಮೆಂಟ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಡೆವೆಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಭೌತಿಕ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವಂತಹ ವೈಪರೀತ್ಯಗಳು, ಅವಘಡಗಳು ಜೀವಸಂಕುಲಕ್ಕೆ ಹೇಗೆ ಮಾರಕವಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಮಾನವನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಹೇಗೆ ತೊಡಕಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿದೆ.[೧೪]

ಬ್ರಂಟ್ ಲೆಂಡ್ ವರದಿ ಪ್ರಕಾರ ಮಾನವನ ಸಮತೋಲನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಪೂರಕವಲ್ಲದ ಜಾಗತಿಕ ಪರಿಸರವು ಬಹಳಷ್ಟು ತೊಡಕನ್ನು ಉಂಟು ಮಾಡಬಲ್ಲದು. ಹಾಗಾಗಿ ಭೌತಿಕ ಪರಿಸರವನ್ನು ಸರಿಯಾದ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಪರಿಸರ ಸಂರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಂಡು ಬಂದಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಮಾನದಂಡವೆನಿಸಿದ ಇನ್ನಿತರ ಅಂಶಗಳು ಕೂಡಾ ಈ ಜಾಗತಿಕ ಪರಿಸರದೊಂದಿಗೆ ಸಮತೋಲನವನ್ನು ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಸಹಕಾರಿ ಎನಿಸಿದೆ.[೧೫]

ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ

ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಎಂಬ ಪದವನ್ನು ನಾವು ಬಹಳ ವಿಸ್ತಾರವಾಗಿ ಬಳಸಬಹುದು. ಇದು ಮಾನವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳ ವಿಸ್ತರಣೆ, ಆಯ್ಕೆಗಳ ವಿಸ್ತರಣೆ, ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯದ ವರ್ಧನೆ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ನೆರವೇರಿಕೆಯ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.[೧೬]

ವಿಶ್ವಸಂಸ್ಥೆಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು "ಜನರ ಆಯ್ಕೆಗಳನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸುವ ಒಂದು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ" ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಆಯ್ಕೆಗಳು ಹಲವಾರು ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಮೊದಲನೆಯದಾಗಿ ದೀರ್ಘವಾದ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಕರವಾದ ಜೀವನವನ್ನು ನಡೆಸುವುದು, ಎರಡನೆಯದಾಗಿ ಉತ್ತಮ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಪಡೆಯುವುದು, ಮೂರನೆಯದಾಗಿ ಯೋಗ್ಯವಾದ ಜೀವನಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೊಂದುವುದು. ಇದಲ್ಲದೇ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ರಾಜಕೀಯ, ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಹಾಗೂ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳು ಮತ್ತು ಮಾನವನ ಸ್ವಾಭಿಮಾನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿವಿಧ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.[೧೭]

ಎಲ್ಲಾ ವಯಸ್ಸಿನ ಜನರು ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಿಗೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಹೇಗೆ ಮತ್ತು ಯಾಕೆ ಬದಲಾಗುತ್ತಾರೆ? ಹೇಗೆ ಒಂದೇ ರೀತಿಯಾಗಿ ಇರುತ್ತಾರೆ? ಎಂಬುವುದನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುವ ವಿಜ್ಞಾನವೇ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ. ಇದು ಮಾನವನ ಸ್ಥಿತಿಯ ಅಧ್ಯಯನಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸೂಚ್ಯಾಂಕವನ್ನು ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಪರ್ಯಾಯವಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಮುಖಾಂತರ ವಿಶ್ವಸಂಸ್ಥೆಯು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸೂಚ್ಯಾಂಕವನ್ನು ಪ್ರಗತಿಯ ಮಾಪಕವಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದೆ.[೧೮]

ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಜನರ ತಮ್ಮ ಆಯ್ಕೆಗಳನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸುವುದರ ಮೂಲಕ ಮೌಲ್ಯಯುತವಾದ ಮತ್ತು ಪೂರ್ಣ ಜೀವನವನ್ನು ನಡೆಸಲು ಮುಕ್ತ ಅವಕಾಶವಿದೆ. ಆದುದರಿಂದ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಆರ್ಥಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನದ್ದಾಗಿದೆ. ಇದು ಮಾನವನ ಮೂಲಭೂತವಾದ ಮಾನವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಿ ಅವನ ಆಯ್ಕೆಗಳನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿದೆ. ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಮೂಲಭೂತ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳಾದ ದೀರ್ಘ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಕರ ಜೀವನ, ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಯೋಗ್ಯವಾದ ಜೀವನಮಟ್ಟ ಹೊಂದುವುದು ಮಾನವ ಜೀವನದ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಗವಾಗಿದೆ.[೧೯]

ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಈ ಹಿಂದೆ ಕೇವಲ ಆರ್ಥಿಕತೆ, ಭೌತಿಕ ಪರಿಸರ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿಸರ ಹಾಗೂ ರಾಜಕೀಯ ಅಂಶಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡಿತ್ತು. ಆದರೆ ಹಸಿವು ಮುಕ್ತ ಹಾಗೂ ಚಿಂತನಾರಹಿತ ವಾದಂತಹ ಬದುಕನ್ನು ಮಾನವನಿಗೆ ಒದಗಿಸುವುದು ಅತೀ ಅಗತ್ಯ. ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಆರ್ಥಿಕತೆಯ ಪ್ರಗತಿಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವು ಜನರನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳುವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರಬೇಕು. ಏಕೆಂದರೆ ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಮೇಲೆ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗಿದೆ.

ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಾದ ಜನಸಂಖ್ಯೆ, ಅನಕ್ಷರತೆ, ಮೂಢನಂಬಿಕೆ, ಅನಾರೋಗ್ಯ ಇವೆಲ್ಲವುಗಳು ಒಂದಲ್ಲ ಒಂದು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಮಾರಕವಾಗುವ ಅಂಶಗಳಾಗಿವೆ. ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳು ಹಾಗೂ ಅದು ಪ್ರಕಟಿಸಿದ ಹಲವಾರು ವರದಿಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಯಾವುದೇ ಒಂದು ದೇಶದ ಒಟ್ಟಾರೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಆದೇಶದ ಮಾನವ ಸಂಕುಲದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ.[೨೦]

ಆಭಿವೃದ್ಧಿ ಹಾಗೂ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯು ಬೇರೆ ಬೇರೆಯಾದರೂ ಇವೆರಡರ ಉದ್ದೇಶವು ಒಂದೇ ಆಗಿದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯು ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗಿಂತಲೂ ವಿಸ್ತಾರತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಹಲವಾರು ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞರು ಸರಕು ಮತ್ತು ಸಂಪತ್ತನ್ನು ಒಟ್ಟುಗೂಡಿಸುವುದೇ ನಿಜವಾದ ಆರ್ಥಿಕತೆ ಎನ್ನುವ ವಾದವನ್ನು ಮಂಡಿಸಿದರು.

ಆದರೆ ಸಂಪತ್ತಿನ ಕ್ರೋಢೀಕರಣದಲ್ಲಿ ನಿರತನಾಗಿರುವ ಮಾನವನು ತನ್ನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಮರೆತೇ ಬಿಡುತ್ತಾನೆ. ಗ್ರೀಕ್ ತತ್ವಜ್ಞಾನಿ ಅರಿಸ್ಟಾಟಲ್ ಅವರ ಪ್ರಕಾರ ನಾವು ಬಯಸುತ್ತಿರುವ ಸಂಪತ್ತು ಒಳ್ಳೆಯದಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ ಅದು ಬಳಕೆಯಾಗುವ ಉದ್ದೇಶಗಳು ಬೇರೆ ಬೇರೆಯದಾಗಿರುತ್ತದೆ.[೨೧]

ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಉದ್ದೇಶ ಮತ್ತು ಅಂತ್ಯ ಎರಡೂ ಮಾನವನ ಯೋಗಕ್ಷೇಮದ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತವಾಗಿದೆ. ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸೂಚ್ಯಂಕದಲ್ಲಿ ದೀರ್ಘ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಕರ ಜೀವನವು ಒಂದು ಪ್ರಮುಖವಾದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಹತ್ವವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲಾಗಿದೆ. ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವು ಮಾನವನ ಸಂತೋಷದ ಜೀವನ ಮತ್ತು ಯೋಗಕ್ಷೇಮಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಒಂದು ಸಮಾಜದ ಆರೋಗ್ಯಕರ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ದೀರ್ಘಕಾಲ ಬದುಕುವುದರಿಂದ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚು ಉತ್ಪಾದಕವಾಗುವುದರಿಂದ ಹಾಗೂ ಹೆಚ್ಚಿನದ್ದನ್ನು ಉಳಿಸುವುದರಿಂದ ಇದು ಆರ್ಥಿಕ ಪ್ರಗತಿಗೆ ಪ್ರಮುಖ ಕೊಡುಗೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಾಗಿದೆ. ಸರಕಾರವು ಜನರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನೀಡುವುದೇ ಅಲ್ಲದೆ ಜನರ ಜೀವನ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ಹಲವಾರು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿದೆ. ಆದರೆ ನಾವು ಗಮನಿಸಿದಂತೆ ಹೆಚ್ಚು ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗಿವೆ. ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ

ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯತನದಿಂದ ಜನರು ಅತೀ ಕಡಿಮೆ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವಂತಹ ಅವಕಾಶದಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಭಾರತದ ಸಂಸತ್ತು ೧೯೮೩ರಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿತು. ಈ ನೀತಿಯ ಮೂಲ ಉದ್ದೇಶ ೨೦೦೦ನೇ ಇಸವಿಯೊಳಗೆ ದೇಶದ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಪ್ರಜೆಯು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಹೊಂದುವುದು[೨೨] ಹಾಗೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ಜನರ ಕಾಳಜಿ ಮತ್ತು ನಂಬಿಕೆಯನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸುವುದಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂಬ ಮಾರ್ಗದರ್ಶಿಯೊಂದಿಗೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವುದಾಗಿದೆ.

ಸಂಘಜೀವಿಯಾಗಿರುವ ಮಾನವನು ಪ್ರಕೃತಿಯೊಂದಿಗೆ ಅವಿನಾಭಾವಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾನೆ. ನಾಗರಿಕತೆಗೂ ಮುಂಚೆ ಮಾನವನು ತನ್ನ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗೆ ಪ್ರಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ದೊರಕುತ್ತಿದ್ದ ಔಷಧಿ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸುತ್ತಿದ್ದ. ಕಾಲ ಕಳೆದಂತೆ ಹಾಗೂ ನಾಗರಿಕತೆ ಬೆಳೆದಂತೆ ಭಾರತವು ವಸಹಾತುಶಾಹಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಂತಹ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಭಾರತವನ್ನು ಪ್ರವೇಶಿಸಿದ ಯೂರೋಪಿಯನ್ನರು, ಬ್ರಿಟೀಷರು, ಫ್ರೆಂಚರು ಹಾಗು ಕ್ರೈಸ್ತ ಮಿಷನರಿಗಳು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಹೊಸದಾದ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸುವ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ವಿಷಯಗಳಿಗೆ ಹೊಸದಾದ ಮಾರ್ಗದರ್ಶಿ ಸೂತ್ರಗಳನ್ನು ನೀಡಿದರು.[೨೩]

೧೯೯೦ರ ನಂತರದ ಜಾಗತೀಕರಣ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಭಾರತವು ತನ್ನೆಲ್ಲಾ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ಯನ್ನು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸುವುದಾದರೆ ಜನರು ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗಿಂತ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಕಡೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಮುಖಮಾಡುವುದನ್ನು ಕಾಣುತಿದ್ದೇವೆ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ಜನರು ಈ ನಾಗಾಲೋಟದ ಬದುಕಿನ ಧಾವಂತದಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಕಡೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ನಿರ್ಲಕ್ಷ ತೋರಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಹೆಚ್ಚಿದ ಕಾರ್ಯದ ಒತ್ತಡವು ಯಾವ ರೀತಿಯ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿದೆ ಎಂದರೆ ಜನರು ರೆಡಿಮೇಡ್ ಬದುಕಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಹೊಂದಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದರ ಮುಖ್ಯ ಗುರುತು ಅವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾದ ದೈನಂದಿನ ಆಹಾರ ಪದ್ಧತಿ. ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಜನರು ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ಫಾಸ್ಟ್‌ಫುಡ್ ಹಾಗು ಜಂಕ್ ಫುಡ್‌ಗಳಿಗೆ ಅವಲಂಬಿತರಾಗಿ ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಡೆಗಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವುದು ಆತಂಕದ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.

ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಭಾರತ ಸರಕಾರವು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಹಲವಾರು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತಂದಿದೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗ ನಿವಾರಕ, ರೋಗ ಪ್ರತಿಬಂಧಕ, ಹಾಗೂ ಅರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಮುಖ್ಯವಾದವು.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಮೂರು ಹಂತದ ಶ್ರೇಣಿ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.[೨೪]

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅದರ ಮಹತ್ವ

"ಆರೋಗ್ಯ" ಎಂಬ ಪದವು ಸಂಪೂರ್ಣ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ಮಾನವನ ದೈಹಿಕ ಯೋಗ ಕ್ಷೇಮದ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ದೀರ್ಘ ಮತ್ತು ಸಕ್ರಿಯವಾದ ಜೀವನವನ್ನು ನಡೆಸಲು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವು ಮಾನವನ ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಯೋಗಕ್ಷೇಮ ಹಾಗೂ ಪೂರ್ಣ ಜೀವನವನ್ನು ನಡೆಸುವ ಒಂದು ಸಂಪನ್ಮೂಲವೆಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಬಹುದು. ಆರೋಗ್ಯವು ರೋಗದ ಅನುಪಸ್ಥಿತಿ ಮಾತ್ರವಲ್ಲ ಇದು ಮಾನವನ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಇತರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ.[೨೫]

೧೯೪೮ರಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯು "ಆರೋಗ್ಯವು ಒಂದು ಸಂಪೂರ್ಣ ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಯೋಗಕ್ಷೇಮದ ಸ್ಥಿತಿಯಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಇದು ಕೇವಲ ರೋಗ ಅಥವಾ ದುರ್ಬಲತೆಯ ಅನುಪಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲ" ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿದೆ.[೨೬]

೧೯೮೬ರಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ ತನ್ನ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನವನ್ನು ಮತ್ತಷ್ಟು ಸ್ಪಷ್ಟಪಡಿಸುತ್ತಾ "ಆರೋಗ್ಯವು ದೈನಂದಿನ ಜೀವನದ ಒಂದು ಸಂಪನ್ಮೂಲವಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಇದು ಜೀವನದ ಉದ್ದೇಶವಲ್ಲ. ಇದು ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳಿಗೆ ಒತ್ತು ನೀಡುವ ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯಾಗಿದೆ" ಎಂದು ಹೇಳಿದೆ.[೨೭]

ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಪ್ರದೇಶವು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಾಗಬೇಕಾದರೆ ಅಲ್ಲಿಯ ಜನರು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರಬೇಕು. ಹಲವಾರು ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ಆರೋಗ್ಯದ ಮಹತ್ವದ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನವನ್ನು ಇನ್ನಷ್ಟು ಬಲಪಡಿಸಿವೆ. ಸಂಶೋಧಕರ ಪ್ರಕಾರ ಆರೋಗ್ಯವು ಈ ವಿಸ್ತಾರ ವಾದ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಬೆಂಬಲಿಸುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವಾಗಿದೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯಕರ ಜೀವನ ಶೈಲಿಯನ್ನು ನಡೆಸಲು ಸಹಾಯಕವಾಗಿದೆ.

ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರು ಅವರವರ ಶಕ್ತಿಗನುಸಾರವಾಗಿ ಅವರವರ ಕೆಲಸವನ್ನು ಮಾಡುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಯಾವುದೇ ಒತ್ತಡವಿಲ್ಲದೆ ತನ್ನ ಹಾಗೂ ತನ್ನ ಪರಿಸರಕ್ಕೆ ತೃಪ್ತಿಯನ್ನು ಉಂಟು ಮಾಡುವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ತನ್ನ ಕೆಲಸವನ್ನು ಮಾಡುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವುಳ್ಳವನನ್ನು "ಆರೋಗ್ಯವಂತ" ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು. ಆರೋಗ್ಯವೆಂದ ಕೂಡಲೇ ಸಂಶೋಧಕನು ಮೊದಲು ಮಾಡುವ ಚರ್ಚೆಯೆಂದರೆ ಉತ್ತಮ ಸಮಾಜದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮಾನಸಿಕ ಹಾಗೂ ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತಾದದ್ದು. ಆದರೆ ಇಂದು ನಾವು ಆಧ್ಯಾತ್ಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ, ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಚರ್ಚೆಗಳ ಬಗ್ಗೆಯೂ ಗಮನಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.[೨೮]

ಉತ್ತಮ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಹಾಗೂ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಜನರು ಹೆಚ್ಚು ಜೀವಿತಾವಧಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ

ಎಂಬುವುದು ಸಂಶೋಧನೆಗಳಿಂದ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ವಿಷಯಗಳು ಕೂಡಾ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರಬಹುದು. "ಒಂದು ಸಮಾಜದ ಸಂಪ್ರದಾಯಗಳು ಮತ್ತು ಪದ್ಧತಿಗಳು ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಉತ್ತಮ ಅಥವಾ ಕೆಟ್ಟ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಬೀರಬಲ್ಲವು. ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಒತ್ತಡದ ನಿರ್ವಹಣೆಯು ಕೂಡಾ ಅವನ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯಕರ ಆಹಾರ ಮತ್ತು ವ್ಯಾಯಮದ ಮೂಲಕ ಒತ್ತಡವನ್ನು ನಿವಾರಿಸುವವರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಿಂತ ಧೂಮಪಾನ ಅಥವಾ ಇತರ ಚಟಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಜನರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಾರೆ".[೨೯]

ಪುರುಷರು ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರು ವಿಭಿನ್ನವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಪುರುಷರಿಗಿಂತಲೂ ಕಡಿಮೆ ಆಸಕ್ತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಕಾರಣ ಹೆಚ್ಚು ಅಪಾಯವನ್ನು ಎದುರಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ.[೩೦]

ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಉತ್ತಮ ಮಾರ್ಗವೆಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯಕರ ಜೀವನಶೈಲಿ ಹಾಗೂತೀವ್ರ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ತುತ್ತಾಗುವವರೆಗೂ ಕಾಯುವ ಬದಲು ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿಯೇ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮಾಡುವುದು.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಉಗಮ

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಪ್ರಾಚೀನ ಕಾಲದಿಂದಲೂ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿವೆ. ಬುದ್ಧನ ಕಾಲದಲ್ಲಿ (೬ನೇ ಶತಮಾನ) ಅಂಗವೈಕಲ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಮತ್ತು ಬಡವರ ಯೋಗಕ್ಷೇಮವನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇತ್ತು. ಉತ್ತಮ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಅಶೋಕ ಚಕ್ರವರ್ತಿಯ ಕಾಲದಲ್ಲಿ (ಕ್ರಿ.ಶ.೨೭೩–೨೩೨) ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿತ್ತು.

ಅರೇಬಿಯನ್ ಮತ್ತು ಯುರೋಪಿಯನ್ ಪ್ರವಾಸಿಗರು ಭಾರತಕ್ಕೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಿದ ಸಂದರ್ಭ(೬೦೦AD). ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಅದಾಗಲೇ ಔಷಧಿಯ ಬಗೆಗಿನ ಪ್ರಜ್ಞೆಯು ಉನ್ನತ ಮಟ್ಟವನ್ನು ತಲುಪಿತ್ತು. ೧೦ನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ವಿದೇಶಿಯರು ಹರೇಮ್ ಎಂಬ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತಂದರು.

೧೬ನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ಅಲೋಪತಿ ಔಷಧಿ ಪದ್ಧತಿಯು ಯುರೋಪಿಯನ್ ಮಿಷನರಿಗಳ ಮುಖೇನ ಭಾರತಕ್ಕೆ ತಲುಪಿತು. ಅದು ಬ್ರಿಟಿಷ್ ಆಳ್ವಿಕೆಯ ಕಾಲ ಘಟ್ಟವಾಗಿತ್ತು. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಂಘಟಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತರಬೇತಿಯು ೧೯ನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭವಾಯಿತೆಂದು ಹೇಳಬಹುದು.[೩೧]

ಪ್ರಾಚೀನ ಯುಗ:

ಸಿಂಧೂ ನಾಗರಿಕತೆಯು ಆರ್ಯನ್ ನಾಗರಿಕತೆಯ ಜೊತೆಗೆ ನವೀಕರಣಗೊಂಡಂತಹ ಕಾಲಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಆರ್ಯನ್ ನಾಗರಿಕತೆಯು ತನ್ನದೇ ಆದಂತಹ 'ದೇವರು' ಎನ್ನುವ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯೊಂದಿಗೆ

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಹೊಂದಿತ್ತು. ಇದು ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ನಾಲ್ಕು ವೇದಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿತ್ತು. ಅವುಗಳೆಂದರೆ ಋಗ್ವೇದ, ಯಜುರ್ವೇದ, ಸಾಮವೇದ, ಅಥರ್ವವೇದ. ಅಥರ್ವ ವೇದವು ಪ್ರಾರ್ಥನೆಗಳು, ಶ್ಲೋಕಗಳು, ಜನರನ್ನು ಹಲವು ರೋಗಗಳಿಂದ ಮತ್ತು ನೈಸರ್ಗಿಕ ವಿಕೋಪಗಳಿಂದ ಕಾಪಾಡುವಂತಹ ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕವಾಗಿತ್ತು. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೇ ಆಗಿನ ಕಾಲಘಟ್ಟದಲ್ಲಿಯೇ ಜನರು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯವಂತರಾಗಿರಬೇಕು ಎಂಬ ಕಲ್ಪನೆಯು ಇದ್ದಿತು.[೨]

ಆಯುರ್ವೇದ ಎಂದರೆ ಜೀವ ವಿಜ್ಞಾನ (ಜೀವನ ವಿಜ್ಞಾನ). ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಔಷಧಿಗಳಾದ ಆಯುರ್ವೇದ, ಚರಕ, ಧನ್ವಂತರಿ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯು ಹಿಂದೆ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿದ್ದು ಶುಶ್ರೂತ ಎನ್ನುವ ವೈದ್ಯ ಗುರುಗಳು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರು.[೩೩]

ಬೌದ್ಧನ ಕಾಲ: (೫೬೩-೪೮೮ ಬಿ.ಸಿ)

ಸ್ವಯಂ ಬುದ್ಧನೇ ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನದ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆಸಕ್ತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದ. ಆದರೆ ಬೌದ್ಧ ಧರ್ಮವು ಅಹಿಂಸೆಗೆ ಒತ್ತನ್ನು ನೀಡಿದ್ದರಿಂದ ಈ ಕಾಲಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಾತಿನಿಧಿತ್ವ ದೊರೆಯಲಿಲ್ಲ. ಅಶಕ್ತರ ಕ್ಷೇಮಪಾಲನೆಗೆ ಬುದ್ಧ ವಿಹಾರಗಳನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಿದ್ದ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತು ನೀಡಿದ್ದ.೩೪

ಮಧ್ಯ ಯುಗ(ಬುದ್ಧನ ನಂತರದ ಕಾಲಘಟ್ಟ):

೧೦ನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ಅಶೋಕನ ಕಾಲಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಭಾರತದ ಉದ್ದಗಲಕ್ಕೂ ಹಲವಾರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿ, ವೈದ್ಯ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಯಿತು. ಅಕ್ಬರನ ಕಾಲಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ (೧೫೫೬-೧೬೦೫) ಯುನಾನಿ ಮತ್ತು ಆಯುರ್ವೇದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪದ್ಧತಿಯು ಜಾರಿಗೆ ಬಂತು. ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಪರ್ಶಿಯನ್, ಉರ್ದು, ಅರೇಬಿಕ್ ವೈದ್ಯ ಪುಸ್ತಕಗಳು ಭಾಷಾಂತರಗೊಂಡವು.೩೫

ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿ:

ಪೋರ್ಚುಗೀಸರು ಗೋವಾದಲ್ಲಿ ಸುಸಜ್ಜಿತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಿದ್ದು(೧೫೧೦-೧೫೧೫), ತದನಂತರ ಜೆಸೂಟ್‌ಗಳು ಹಲವಾರು ವೈದ್ಯಕೀಯ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಆಯೋಜಿಸಿದರು. ೧೮೪೨ರ ನಂತರ ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಅತೀ ದೊಡ್ಡ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಾಲೆಗಳಾಗಿ ಪರಿವರ್ತಿತವಾಯಿತು.

ಆಧುನಿಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಪೋರ್ಚುಗೀಸರು ಭಾರತಕ್ಕೆ ತಂದರೂ ಸಹ ಫ್ರೆಂಚರು ಮತ್ತು ಬ್ರಿಟೀಷರು ೧೬೬೪ ಮತ್ತು ೧೬೬೮ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಥಮ ಬಾರಿಗೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿದರು. ಪ್ರಥಮವಾಗಿ ಮದ್ರಾಸ್‌ನಲ್ಲಿ ಮೊದಲ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಾಲೆಯನ್ನು ೧೮೪೬ರಲ್ಲಿ ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಯಿತು. ೧೮೮೫ರಲ್ಲಿ ೧೨೫೦ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮತ್ತು ಔಷದಾಲಯಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಯಿತು. ಭಾರತವು ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವನ್ನು ಪಡೆದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ೭೪೦೦ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿ

ಸುತ್ತಿದ್ದವು. ಇದು ೪೭,೦೦೦ ವೈದ್ಯರು, ೭೦೦೦ ದಾದಿಯರು, ೧೯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಾಲೆಗಳು ಮತ್ತು ೨೮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿತ್ತು.[೩೬]

ಭಾರತ ಸರಕಾರವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷಾ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಮಿತಿಯನ್ನು ರಚಿಸಿತು. ಶ್ರೀ ಜೋಸೆಫ್ ಬೋರೆ ಇದರ ಮುಖ್ಯಸ್ಥ್ಯರಾಗಿದ್ದು, ಇದು ಇತರ ೧೯ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿತ್ತು. ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಪೂರ್ವದಲ್ಲಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಇದು ಒಂದು ಮೈಲುಗಲ್ಲು. ಈ ಸಮಿತಿಯು ೧೯೪೬ರಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿ ಹಲವಾರು ಸಲಹೆ, ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿತ್ತು. ಈ ವರದಿಯು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸ್ಥಾಪನೆ, ತಾಲೂಕು ಮಟ್ಟದ ದ್ವಿತೀಯ ಹಂತದ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಬೇಕೆಂಬ ಸಲಹೆಯನ್ನು ನೀಡಿತ್ತು. ಇದು ೧೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ೧೦ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ೧.೩%ರಷ್ಟು ಮತ್ತು ೨೫ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ೫.೬%ರಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಏರಿಕೆಯಾಗಬೇಕೆಂಬ ಸಲಹೆಯನ್ನು ನೀಡಿತ್ತು. ಬೋರ್ ಕಮಿಟಿಯ ವರದಿಯು ದೇಶದ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಪ್ರಜೆಯ ಉತ್ತಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಬೇಕು ಮತ್ತು ಈ ಸೇವೆಯನ್ನು ಅವರ ಆರ್ಥಿಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಕ್ಕೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಪಡೆಯುವಂತಾಗಬೇಕು ಹಾಗೂ ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಬಡ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡುವಂತಿರಬೇಕು ಎಂಬ ಸಲಹೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿತ್ತು.[೩೭]

ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ನಂತರ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸ್ಥಿತಿ:

ಸುಮಾರು ೧೫೦ ವರ್ಷಗಳವರೆಗೆ ವಸಾಹತುಶಾಹಿಯಾಗಿದ್ದ ಭಾರತವು ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಗಳಿಸಿದ ಉತ್ಸಾಹದಲ್ಲಿದ್ದರೂ ತೀವ್ರವಾದ ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಸ್ಫೋಟ ಅನಕ್ಷರತೆ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಿತ್ತು. ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಆಯಾಯ ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಸ್ವತಂತ್ರ್ಯವಾದ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವನ್ನು ವಹಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಆದಾಗ್ಯೂ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಕೇಂದ್ರದಿಂದಲೇ ಜಾರಿಯಾಗುತ್ತಿದ್ದವು.

ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ನಂತರದ ೩ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳು ಸುಮಾರು ೭೭೦ಕೋಟಿಗಳಷ್ಟು ಹಣವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಮೀಸಲಿಟ್ಟರೂ ಸಹ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ತಲುಪಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಿಲ್ಲ.[೩೮]

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಪದ್ಧತಿ:

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಪದ್ಧತಿಯು ಬಹಳ ಪ್ರಾಚೀನತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಇದು ವೇದಗಳ ಕಾಲಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ, ಮುಸ್ಲಿಂ ಕಾಲಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಬ್ರಿಟೀಷ್ ಕಾಲಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿ ಇತ್ತು. ಇದು ಕ್ರಿಸ್ತಪೂರ್ವ ೩೦೦೦ ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆಯೇ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗಿತ್ತು. ವೈದ್ಯ ಚರಿತ್ರೆಯನ್ನು

ಗಮನಿಸುವುದಾದರೆ ಇದನ್ನು ೩ ಹಂತದಲ್ಲಿ ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು. ಆಯುರ್ವೇದ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿ, ಯುನಾನಿ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿ ಹಾಗೂ ಅಲೋಪತಿ ವೈದ್ಯಪದ್ದತಿ. ಆಯುರ್ವೇದ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯು ಬಹಳ ಪುರಾತನವಾದ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯಾಗಿದೆ(೨೦೦೦-೩೦೦೦ ಬಿ.ಸಿ.). ಮೊತ್ತ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಔಷದ ಪದ್ಧತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ “ಚರಕ ಸಂಹಿತ’ ಮತ್ತು “ಶುಶ್ರೂತ ಸಂಹಿತ” ಎಂಬ ಎರಡು ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ಬರೆಯಲಾಗಿತ್ತು. ಈ ಕಾಲಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಗುರು-ಶಿಷ್ಯ ಪರಂಪರೆಯ ಮುಖೇನ ನಡೆಸಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು.

ಮುಸ್ಲಿಮರ ಆಗಮನವು ಭಾರತಕ್ಕೆ ಯುನಾನಿ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸಿತು(೧೩ನೇ ಶತಮಾನ). ಇದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹಲವಾರು ಸಾಹಿತ್ಯ ಕೃಷಿಗಳೂ ನಡೆಯಿತು.ಹೋಮಿಯೋಪತಿ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯು ೧೯ನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ಯೂರೋಪ್ ಮತ್ತು ಅಮೆರಿಕಾದಲ್ಲಿ ಅಸ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ ಬಂತು. ಪ್ರಸ್ತುತ ಭಾರತ ಹಾಗೂ ಮೆಕ್ಸಿಕೋ ದೇಶಗಳು ಮಾತ್ರ ಹೋಮಿಯೋಪತಿ ಕಾಲೇಜುಗಳನ್ನು ನಡೆಸುತ್ತಿವೆ.

ಅಲೋಪತಿ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ೧೬ನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ಯೂರೋಪಿಯನ್ ಮಿಷನರಿಗಳ ಮುಖಾಂತರ ಅಸ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ ಬಂತು. ಇವರು ಯೂರೋಪಿಯನ್ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ ಕಲ್ಕತ್ತಾ, ಮದ್ರಾಸ್, ಗೋವಾಗಳಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಕಟ್ಟಿಸಿದರು. ಕಲ್ಕತ್ತಾದಲ್ಲಿ ೧೮೨೪ರಲ್ಲಿ ಮೊದಲ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಾಲೆಯು ಪ್ರಾರಂಭವಾಯಿತು. ೧೮೪೫ರಲ್ಲಿ ಬಾಂಬೆಯಲ್ಲಿ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕಾಲೇಜು ಸ್ಥಾಪನೆಯಾಯಿತು.[೯]

೧೯೫೬ರಲ್ಲಿ ಮೈಸೂರು ಮತ್ತು ಕೊಡಗು ಪ್ರಾಂತ್ಯಗಳನ್ನು ಕನ್ನಡ ಭಾಷಾ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಏಕೀಕರಣಗೊಳಿಸಿ ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯವು ಸ್ಥಾಪನೆಯಾಯಿತು. ೧೯೯೬ರಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯವು ನಂ.೨೦ ಕಾಯ್ದೆ ಅನ್ವಯ ಕರ್ನಾಟಕ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸಾಯನ್ಸ್‌ನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿತು. ಪ್ರಸ್ತುತ ಇದು ರಾಜೀವ್ ಗಾಂಧಿ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ.[೧೦]

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ

ಪ್ರಾಚೀನ ಕಾಲದಿಂದಲೂ ಆಯುರ್ವೇದ, ಹೋಮಿಯೋಪತಿ, ಯುನಾನಿ ಮೊದಲಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪದ್ಧತಿಗಳು ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದ್ದವು. ಬ್ರಿಟೀಷರ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಈಸ್ಟ್ ಇಂಡಿಯಾ ಕಂಪೆನಿಯ ಆಗಮನದೊಂದಿಗೆ ಅಲೋಪತಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪದ್ಧತಿಯು ಪ್ರಾರಂಭವಾಯಿತು. ೧೮೦೨ರಲ್ಲಿ ಮದ್ರಾಸಿನಲ್ಲಿ ರೋಗಗಳು ಬಾರದಿರುವಂತೆ ಮುಂಜಾಗರೂಕತೆಯ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳ ನೀಡುವಿಕೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಪ್ರಾರಂಭವಾದವು. ಆ ವರ್ಷ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದನ್ನು ಪ್ರಥಮ ಬಾರಿಗೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಪರಿಚಯಿಸಲಾಯಿತು. ೧೮೯೯ರಲ್ಲಿ ಮದರಾಸು ಜನನ ಮರಣ ನೋಂದಾವಣಿಯ ಮಸೂದೆಯನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕೂಡಾ ಅದೇ ವರ್ಷ ಮಸೂದೆಯನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು. ೧೯೧೯ರಲ್ಲಿ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಸ್ಥಳೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಮಂತ್ರಿಗಳ

ಹತೋಟಿಗೆ ವರ್ಗಾಯಿಸಲಾಯಿತು. ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಇಲಾಖೆಯನ್ನು ಕಾಲಕ್ರಮೇಣ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯಾಗಿ ಮಾರ್ಪಡಿಸಲಾಯಿತು. ೧೯೩೯ರಲ್ಲಿ ಮದ್ರಾಸು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಯ್ದೆಯನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು. ಅದೇ ವರ್ಷ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿಯೂ ಕಾಯ್ದೆಯು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿತು. ಪಟ್ಟಣಗಳಲ್ಲಿ ಮುನ್ಸಿಪಾಲಿಟಿಗಳು ಜನನ ಮರಣದ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳನ್ನು ದಾಖಲೀಕರಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದವು. ಹಿಂದೆ ಇದ್ದ ಭಯಾನಕ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳಾದ ಪ್ಲೇಗ್, ಸಿಡುಬು, ವಿಷಮಶೀತ ಜ್ವರ, ಕಾಲರಾ ಮುಂತಾದವು ಈಗ ನಿವಾರಣೆಯಾಗಿವೆ ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿದೆ. ಆದರೆ ಕುಷ್ಠ, ಕ್ಷಯ, ಮಲೇರಿಯಾದಂತಹ ಪಿಡುಗುಗಳು ಇನ್ನೂ ಕಾಡುತ್ತಿವೆ.

ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳಾದ ನೆಗಡಿ, ಜ್ವರ, ನೋವುಗಳಿಗೆ ಗೃಹ ಔಷಧಿ ಅಥವಾ ನಾಟಿ ಔಷಧಿ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿತ್ತು. ಆಯುರ್ವೇದ ಪದ್ಧತಿಯಲ್ಲಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಶಿಕ್ಷಣ ಪಡೆದ ಕೆಲವು ವೈದ್ಯರು ಈ ಪದ್ಧತಿಯ ಪರಂಪರೆಯನ್ನು ಈಗಲೂ ಮುಂದುವರೆಸಿಕೊಂಡು ಬಂದಿದ್ದಾರೆ. ಹಿಂದೆ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಚೆಕ್ಕೆ, ಬೇರು, ತೊಗಟೆ ಹಾಗೂ ಅರಣ್ಯದಲ್ಲಿ ದೊರಕುವ ಸಸ್ಯಗಳಿಂದ ಎಣ್ಣೆ ತೆಗೆಯುತ್ತಿದ್ದರು, ಕಷಾಯ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರು ಹಾಗೂ ಚೂರ್ಣಗಳನ್ನು ಮಾಡಿ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಔಷಧಿಗಳಾಗಿ ಕೊಡುತ್ತಿದ್ದರು. ಸಾಂಬಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳಾದ ಶುಂಠಿ, ಏಲಕ್ಕಿ, ಮೆಣಸು ಮೊದಲಾದವುಗಳನ್ನು ಔಷಧಿ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಹೇರಳವಾಗಿ ಉಪಯೋಗಿಸುತ್ತಿದ್ದರು. ಇಂತಹ ಆಯುರ್ವೇದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಬಳಸಿ ಜನರಿಗೆ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಅನೇಕ ಮನೆತನಗಳು ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿವೆ.

ಹೋಮಿಯೋಪತಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪದ್ಧತಿಯು ಬಹಳ ಹಿಂದಿನಿಂದಲೂ ಜನಪ್ರಿಯವಾಗಿದೆ. ಫಾದರ್ ಮುಲ್ಲರ್ ಮತ್ತು ಸೈಂಟ್ ಸ್ಲೇವಿಯರ್ ಹೋಮಿಯೋಪತಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಹೋಮಿಯೋಪತಿ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತಯಾರಿಸಿ ದೇಶದ ವಿವಿಧೆಡೆ ಸರಬರಾಜು ಮಾಡುತ್ತಿವೆ. ಹೋಮಿಯೋಪತಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವ ಅನೇಕ ವೈದ್ಯರು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಇದ್ದಾರೆ. ಕಳೆದ ೧೧೦ ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹಿಂದೆ ಹಿಂದೂಸ್ಥಾನ, ಬರ್ಮಾ ಮತ್ತು ಸಿಲೋನಿನ ಸಮಗ್ರ ರೋಗಿಗಳ ಮತ್ತು ಬಡಜನರ ಕಷ್ಟಗಳನ್ನು ದೂರಗೊಳಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಮಂಗಳೂರಿನ ಕಂಕನಾಡಿಯಲ್ಲಿ ಹೋಮಿಯೋಪಥಿಕ್ ಪೂರ್ ಡಿಸ್‌ಪೆನ್ಸರಿ ಸೇರಿದಂತೆ ಹಲವಾರು ಹೋಮಿಯೋಪತಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ತಲೆಯೆತ್ತಿದ್ದವು.

೧೮೮೦ರಲ್ಲಿ ಫಾದರ್ ಮುಲ್ಲರ್‌ರು ಜನತೆಗೆ ಶುದ್ಧವಾದ ಔಷಧವನ್ನು ಮಿತವಾದ ಬೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಹೋಮಿಯೋಪಥಿಕ್ ಪೂರ್ ಡಿಸ್ಪೆನ್ಸರಿಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿದರು. ವಿಶ್ವಾಸ ಹಾಗೂ ಜನಾದರಣೆಯ ಪ್ರಸಿದ್ಧಿ, ಜೀಸಸ್ ಸೊಸೈಟಿಯ ಗೌರವಾನ್ವಿತ ಸದಸ್ಯರಾಗಿದ್ದುದರ ಪ್ರಭಾವ ಮತ್ತು ಅವರ ಔಷಧಗಳ ಉತ್ಕೃಷ್ಟತೆ ಹಾಗೂ ಶ್ರೇಷ್ಠತೆ ಮೊದಲಾದ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಹೋಮಿಯೋಪಥಿಕ್ ಪೂರ್ ಡಿಸ್ಪೆನ್ಸರಿಗೆ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಂದ ಎಷ್ಟರಮಟ್ಟಿಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ದೊರೆಯಿತೆಂದರೆ, ಆ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಹಿಂದೂಸ್ಥಾನದಾದ್ಯಂತ ಇದ್ದ ಔಷಧೋತ್ಪಾದನಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಇದು ಅಗ್ರಗಣ್ಯನಾಗಿತ್ತು. ಮಂಗಳೂರು ನಗರದ ಹಾಗೂ ಅವಿಭಜಿತ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಬಡ ಕುಷ್ಠರೋಗಿಗಳನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಿ ಅವರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗುವಂತೆ ೧೮೯೦ರಲ್ಲಿ ಫಾದರ್ ಮುಲ್ಲರ್‌ರು ಸೈಂಟ್ ಜೋಸೆಫ್ಸ್

ಲಿಪ್ರಸಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ತೆರೆದರು. ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ನಂಬುಗೆಗೆ ಪಾತ್ರವಾದ ತನ್ನ ಔಷಧಿಗಳಿಂದ ಈ ಭಯಾನಕ ರೋಗವನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸುವುದೇ ಅವರ ಮಹತ್ವಾಕಾಂಕ್ಷೆಯಾಗಿತ್ತು.

ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ಔಷಧಾಲಯಗಳು

ನಗರದಲ್ಲಿ ಎರಡು ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳೂ ಸೇರಿ ಇಪ್ಪತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿದ್ದವು. ಹನ್ನೆರಡು ಅಲೋಪತಿ ಮತ್ತು ಐದು ಆಯುರ್ವೇದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಖಾಸಗಿಯವರು ನಡೆಸುತ್ತಿದ್ದರು. ಆದ್ದರಿಂದ ನಗರದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿ ಸುಧಾರಣೆಯಾಗಿತ್ತು. ವೆನ್ಲಾಕ್ ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ನಗರದ ಕೇಂದ್ರಭಾಗದಲ್ಲಿ, ಲೇಡಿಗೋಷನ್ ಮಹಿಳಾ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಫಾದರ್ ಮುಲ್ಲರ್ಸ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ(ಅನುದಾನರಹಿತ) ನಗರದ ಪೂರ್ವ ತುದಿಯಲ್ಲಿ, ಸೈಂಟ್ ಜೋಸೆಫ್ಸ್ ಲಿಪ್ರಸಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ(ಅನುದಾನಿತ), ಮುನ್ಸಿಪಾಲ್ ಆಯುರ್ವೇದಿಕ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಕೊಡಿಯಾಲ್‌ಬೈಲ್ ಪಶ್ಚಿಮದಲ್ಲಿ ಸ್ಥಾಪನೆಗೊಂಡು, ನಗರದಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ಈ ಐದು ಪ್ರಮುಖ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಕಾರ್ಯಾಚರಿಸುತ್ತಿದ್ದವು. ಆದರೆ, ಆಗಿನ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಇವು ಸಾಲುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ಜಪ್ಪು, ಕೊಡಿಯಾಲ್‌ಬೈಲ್ ಪೂರ್ವ, ಪೋರ್ಟ್ ಮತ್ತು ಗೋಳಿಕಟ್ಟೆ ವಾರ್ಡುಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿರಲಿಲ್ಲ.

೧೯೨೮ರಲ್ಲಿ ಇಡೀ ಜಿಲ್ಲೆಗೆ ಪ್ರಸೂತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಒಂದೇ ಒಂದು ಕೇಂದ್ರವಿತ್ತು. ಈ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಘವು ನಡೆಸುತ್ತಿತ್ತು. ಈ ಕೇಂದ್ರ ಒಂಬತ್ತು ವಾರ್ಡುಗಳಲ್ಲಿರುವ ಸೂಲಗಿತ್ತಿಯರನ್ನು (ಮಿಡ್‌ವೈಫ್) ಪರಿಶೀಲನೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಸೂಲಗಿತ್ತಿಯರು ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ಮನೆಗೆ ಹೋಗಿ ಬಾಣಂತಿ ಹಾಗೂ ಮಗುವನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದರು. ಅಗತ್ಯ ಬಿದ್ದ ಬಾಣಂತಿಯರಿಗೆ ಬಟ್ಟೆ, ಚಾಪೆ ಮುಂತಾದ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತಿದ್ದರು. ಈ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ದೇಣಿಗೆಯ ಸಹಾಯದಿಂದ ಖರೀದಿಸಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ದೇಶಕರು ಆ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಇನ್ನೂ ಎರಡು ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ತೆರೆಯಬೇಕೆಂದು ಕೋರಿದ್ದರು. ಒಂಬತ್ತು ವಾರ್ಡ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಒಂಬತ್ತು ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ಸೂಲಗಿತ್ತಿಯರು ಹಾಗೂ ಇತರ ಏಳು ಸೂಲಗಿತ್ತಿಯರು ಇದ್ದರು.

ಕಸ್ತೂರ್ಬಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕಾಲೇಜು ೧೯೫೩ರಲ್ಲಿ ಟಿ.ಎಂ.ಎ ಪೈರವರ ಮುಂದಾಳತ್ವದಲ್ಲಿ ಸ್ಥಾಪಿತಗೊಂಡಿತು. ತದನಂತರ ಇಂಡಿಯನ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಇಎಸ್ಐ ಡಿಸ್ಪೆನ್ಸರಿ, ಯೆನಪೋಯ ಸ್ಪೆಷಾಲಿಟಿ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್, ಯುನಿಟಿ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್, ಎ.ಜೆ. ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಆ್ಯಂಡ್ ರಿಸರ್ಚ್ ಸೆಂಟರ್, ಕೆ.ಎಸ್.ಹೆಗ್ಡೆ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್, ವಿನಯಾ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಆ್ಯಂಡ್ ರಿಸರ್ಚ್ ಸೆಂಟರ್, ಕೊಲಾಸೋ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್, ಡಾ.ಎಂ.ವಿ. ಶೆಟ್ಟಿ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್, ತೇಜಸ್ವಿನಿ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್, ತಾರಾ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಜನರಲ್ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್, ಎಸ್.ಡಿ.ಎಂ ಆಯುರ್ವೇದ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಹಾಗೂ ಇನ್ನೂ ಹಲವಾರು ಆಯುರ್ವೇದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ಹೋಮಿಯೋಪತಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಅಂತೆಯೇ ಹಲವಾರು ಪಂಡಿತರ ಮನೆ ಮದ್ದು ಔಷಧಿಗಳು ಮಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ.[೪೧]

ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆ

ಭಾರತದ ಸಂವಿಧಾನದ ಪ್ರಕಾರ ಆರೋಗ್ಯವು ರಾಜ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ಪ್ರತೀ ರಾಜ್ಯವು ಜನರ ಆರೋಗ್ಯದ ಗುಣಮಟ್ಟ ಹಾಗೂ ಜೀವನ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ತನ್ನ ಉದ್ದೇಶಿತ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು ರಾಜ್ಯಗಳ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸಾಗುವ ಹಾದಿಯು ರಾಜ್ಯವು ತನ್ನ ಜನರಿಗೆ ಯಾವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬುದರ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತವಾಗುತ್ತದೆ.

ಭಾರತವು ಕಳೆದ ಕೆಲವು ದಶಕಗಳಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಗಮನಾರ್ಹ ಸುಧಾರಣೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತಿದೆ. ಇದನ್ನು ಶಿಶು ಮರಣ, ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಮತ್ತು ಜೀವಿತಾವಧಿ ಯಂತಹ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚಕಗಳಲ್ಲಿನ ಸುಧಾರಣೆಯಿಂದ ಗಮನಿಸಬಹುದು. ಆದರೆ ಸುಧಾರಣೆಗಳ ಹೊರತಾಗಿಯೂ ಭಾರತ ಆರೋಗ್ಯ ವಿತರಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ ಅನೇಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಅಂತರಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದೆ.[೨]

ಪ್ರತಿಯೊಂದು ದೇಶವು ಅದರ ಅಗತ್ಯಗಳಿಗೆ ಹಾಗೂ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ತನ್ನದೇ ಆದ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಆದರೆ ಇಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಅಂಶವೆಂದರೆ ಸರ್ವರಿಗೂ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ನೀಡುವುದು. ಕೆಲವು ದೇಶಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಸರಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ಖಾಸಗಿ ಏಜೆನ್ಸಿಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಹಾಗೂ ಹಲವಾರು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿವೆ. ಇದರ ಮುಖ್ಯ ಉದ್ದೇಶ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು. ಈ ಕಾರಣಗಳಿಂದಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ಹಲವಾರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಏಜೆಂಟರುಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿದೆ.[೩] ಇವರೆಲ್ಲರೂ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಅದರಲ್ಲೂ ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ಬಡವರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವದ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿ.

ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ವಿತರಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಯಾವುದೇ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಜನರ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ವಿತರಣೆಯು ಮೂಲಭೂತವಾದ ಸಂಪನ್ಮೂಲವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ಕ್ಷೇತ್ರವು ಭಾರತದ ಅತಿದೊಡ್ಡ ಸೇವಾಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಭಾರತದ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವು ಹಲವಾರು ಸವಾಲುಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದೆ. ಆದರೂ ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಇಳಿಕೆ, ಸುಧಾರಿತ ಮೂಲ ಸೌಕರ್ಯಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯು ಭಾರತದ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಕೊಂಚಮಟ್ಟಿಗೆ ಚೇತರಿಕೆಯ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವಂತೆ

ಮಾಡಿದೆ. ಕೆಲವೊಂದು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿನ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಕೊರತೆಯು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಹಾಗೂ ನಗರದ ಅಸಮತೋಲನವು ಕೂಡಾ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದೆ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳು ಹಾಗೂ ಮಹಿಳೆಯರು ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಹಿಂದುಳಿದಿದ್ದಾರೆ.

ಭಾರತದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಜನರು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿದ್ದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶ ವಾಸಿಗಳಾಗಿರುತ್ತಾರೆ ಅಲ್ಲದೇ ಬಡತನದ ಕಾರಣದಿಂದ ಅವರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಭರಿಸಲು ಅಶಕ್ತರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವು ತುಂಬಾ ಕಳಪೆ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಇದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಟ್ಟದ, ಅದರಲ್ಲೂ ಬಡಜನರ ಆರೋಗ್ಯದ ದುಃಸ್ಥಿತಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಈ ಕಾರಣದಿಂದ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕಿಂತ ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯವು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಮುನ್ನಡೆಯಲ್ಲಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಆದರೆ ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ವೆಚ್ಚವು ದುಬಾರಿಯಾಗಿದ್ದು, ಜನರು ತಮ್ಮ ಕಿಸೆಯಿಂದಲೇ ಹೆಚ್ಚು ಹಣವನ್ನು ಪಾವತಿ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿರುವುದು ಖೇದದ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.[೪೪]

ನ್ಯಾಷನಲ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವೇಯ ಪ್ರಕಾರ ಖಾಸಗೀ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವು ನಗರ ಭಾಗದ ಶೇ. ೭೦ರಷ್ಟು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಶೇ. ೬೩ರಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುತ್ತಿದೆ. ಸರಕಾರದ ಹಲವಾರು ಯೋಜನೆಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನ ಇದ್ದರೂ ಸಹ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಅಪೌಷ್ಠಿಕತೆ ಮತ್ತುಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವು ಏರುಗತಿಯಲ್ಲಿದ್ದು ಶೇ. ೪೪ರಷ್ಟಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಕಳಪೆ ಗುಣಮಟ್ಟವು ನಗರ ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಜನರು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳೆಡೆಗೆ ಮುಖ ಮಾಡಲು ಕಾರಣವಾಗಿದೆ.

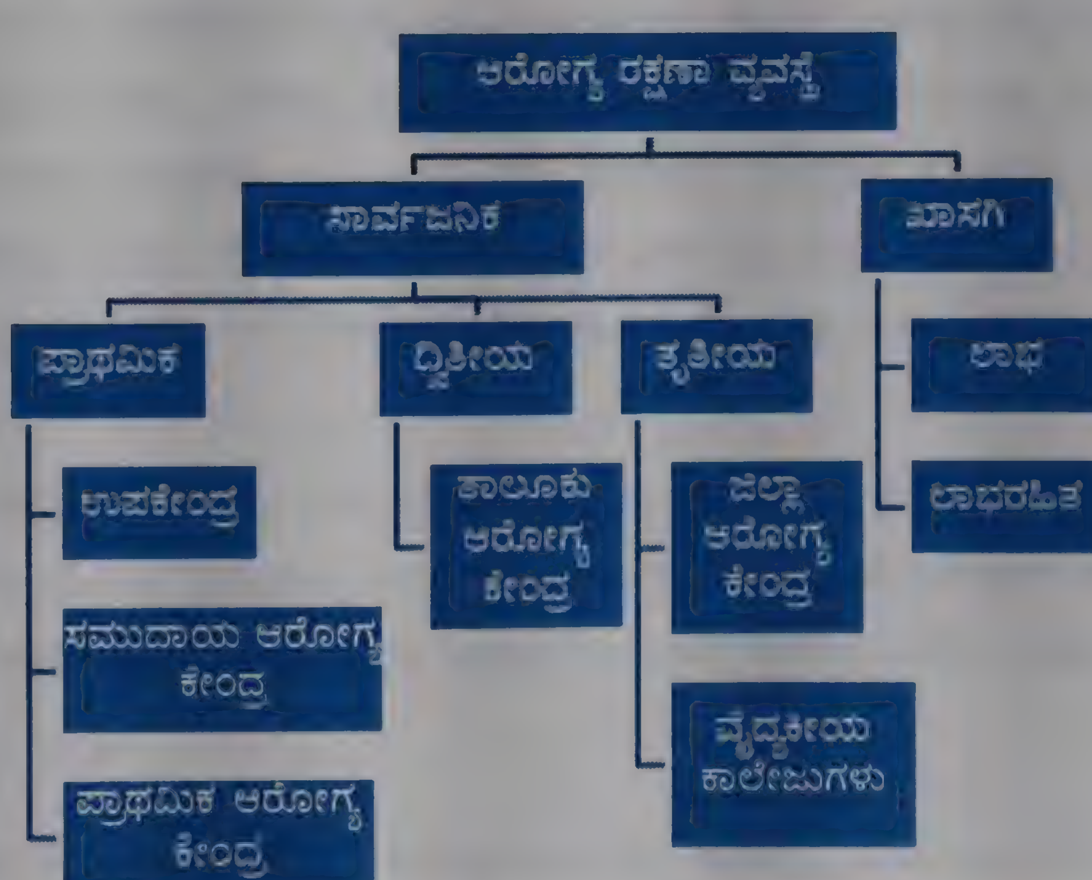
ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಕಳಪೆ ಗುಣಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಸರಿಯಾದ ಅನುಷ್ಠಾನದ ಕೊರತೆ,ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮತ್ತು ಉಪ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಕಳಪೆ ಗುಣಮಟ್ಟವು ಭಾರತೀಯರನ್ನು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರನ್ನು ನಿರಾಶೆಗೊಳಿಸಿದೆ ಎಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು.[೪೫]

ಭಾರತೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಅತ್ಯುತ್ತಮ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ, ವೈದ್ಯರು, ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಹಾಗೂ ಇನ್ನಿತರ ಅಗತ್ಯ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೂ ಅದು ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಪೂರೈಕೆಯಾಗದಿರುವುದು ಪ್ರಮುಖ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಉಪ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ತೀವ್ರವಾದ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಪೂರೈಕೆಯ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿವೆ.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ರಚನೆ

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಪ್ರಾಥಮಿಕ, ದ್ವಿತೀಯ ಮತ್ತು ತೃತೀಯ ಹಂತದ ಆರೈಕೆಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಈ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿನ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಎರಡೂ ಒದಗಿಸುತ್ತವೆ. ಆದರೂ ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಪಾತ್ರವು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತವು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ಉಪ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ತಾಲೂಕು ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ದ್ವಿತೀಯ ವರ್ಗದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳು ತೃತೀಯ ವರ್ಗದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಿಕೊಂಡಿವೆ.[೪೬]

ಭಾರತವು ೧.೨೧ ಶತಕೋಟಿ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು ವಿಶ್ವದಲ್ಲಿ ಎರಡನೆಯ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಭಾರತವು ೨೯ ರಾಜ್ಯಗಳು ಹಾಗೂ ೭ ಕೇಂದ್ರಾಡಳಿತ ಪ್ರದೇಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ(೨೦೧೧ರ ಜನಗಣತಿ). ರಾಜ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಕೇಂದ್ರಾಡಳಿತ ಪ್ರದೇಶಗಳನ್ನು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾಗಿ ಹಾಗೂ ತಾಲೂಕುಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇಷ್ಟು ದೊಡ್ಡ ಗಾತ್ರದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ದೊಡ್ಡ ಸವಾಲಿನ ಕೆಲಸವಾಗಿದೆ. ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ನಂತರದ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರವು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಬಹಳಷ್ಟು ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದು ಇದಕ್ಕೆ ತದ್ವಿರುದ್ಧವಾಗಿ ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವು ಉತ್ತಮವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿದೆ. ಆದರೆಅದರ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಜನರಿಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಯು ತೊಡಕಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ.



(**ಮೂಲ:** ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಮೂಲಗಳು)



ಆರೋಗ್ಯ ವಿತರಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ರಾಜ್ಯಗಳು ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು ರಾಜ್ಯದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಕೇಂದ್ರವು ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ನೀತಿ ರಚನೆಗಳು, ಯೋಜನೆಗಳುಮತ್ತು ವಿವಿಧ ಪ್ರಾಂತ್ಯಗಳಿಗೆ ಹಣಕಾಸಿನ ವಿತರಣೆ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತರಲು ಹಾಗೂ ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಕೇಂದ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಚಿವಾಲಯವು ನಿರ್ದೇಶಿಸುತ್ತದೆ. ಪ್ರತೀ ರಾಜ್ಯಕ್ಕೂ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯು ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ.[೪೭]

ಭಾರತವು ಅಭಿವೃದ್ದಿ ಹೊಂದಿದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗಿ ಹೊರಹೊಮ್ಮಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿದೆ. ಬಲವಾದ ಆರ್ಥಿಕತೆಯ ವಿರುದ್ಧವಾಗಿ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ೧೧ನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ತನ್ನ 'ಜಿ.ಡಿ.ಪಿ'ಯ ೪.೧%ರಷ್ಟು ಹಣವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಮೀಸಲಿರಿಸಲು ನಿರ್ಧರಿಸಿತ್ತು. ಆದರೆ ಇದು ಇತರೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಬಹಳ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದೆ. (ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಜಿ.ಡಿ.ಪಿ ೫–೬%). ಆದರೆ ಪ್ರಸ್ತುತ ಭಾರತ ಸರಕಾರವು ತನ್ನ ಜಿ.ಡಿ.ಪಿಯ ಶೇ. ೧ರಷ್ಟು ಹಣವನ್ನು ಮೀಸಲಿರಿಸಿದ್ದು ಇದು ಮುಂಬರುವ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಶೇ. ೨ ರಿಂದ ೩ಕ್ಕೆ ಏರಿಸುವ ನಿರ್ಧಾರವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ.[೪೮] ಉದಾ: ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ೨೦೦೨, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ೨೦೧೫, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಶನ್ (ಎನ್.ಆರ್.ಎಚ್.ಎಂ.)ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಅಧಿಕ ಪ್ರಮಾಣದ ಹೂಡಿಕೆಯನ್ನು ಅಂದಾಜಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಇತರ ದೇಶಗಳು ತಮ್ಮ ಜಿ.ಡಿ.ಪಿ.ಯಲ್ಲಿ ಮೀಸಲಿರಿಸಿದ ವೆಚ್ಚವು ಈ ರೀತಿಯಾಗಿದೆ. ಬ್ರೆಝಿಲ್ ದೇಶವು ತನ್ನ ಜಿ.ಡಿ.ಪಿಯ ೯.೫%ರಷ್ಟು ಹಣವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಮೀಸಲಿರಿಸಿದೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಆಫ್ರಿಕಾವು ತನ್ನ ಜಿ.ಡಿ.ಪಿಯ ೮.೯%, ರಷ್ಯಾವು ೬.೫%ರಷ್ಟು, ಅಮೆರಿಕಾವು ಶೇ. ೧೭%ರಷ್ಟು, ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್ ೯.೩%ರಷ್ಟು, ಜರ್ಮನಿ ೧೧.೩%ರಷ್ಟು, ಫ್ರಾನ್ಸ್ ೧೧.೬%ರಷ್ಟು, ಜಪಾನ್ ೧೦.೩%ರಷ್ಟು ತನ್ನ ಜಿ.ಡಿ.ಪಿ.ಯ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಈ ದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಭಾರತವು ಅತೀ ಕಡಿಮೆ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ.

ಭಾರತವು ರೋಗಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಹಲವಾರು ತಂತ್ರಜ್ಞಾನಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಇದು ಜನರಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿದರೂ ಸಹ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕಿಡಾಗುವ ಜನರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಇನ್ನೂ ಅಧಿಕವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಶಿಶು ಮರಣ ಹಾಗೂ ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಸೂಚ್ಯಾಂಕಗಳು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಲೇ ಇವೆ.[೪೯]

ತುಲನಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಭಾರತದ ಆರೋಗ್ಯದ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ಹಾಗೂ ಕೆಲವು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಬಹಳ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚ್ಯಾಂಕಗಳು ಕಳಪೆ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತವೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಜೀವಿತಾವಧಿಯು ಕೇವಲ ೬೬ ವರ್ಷಗಳಿದ್ದು (೨೦೧೩), ಬ್ರೆಜಿಲ್ ೭೪ವರ್ಷ, ರಷ್ಯಾ ೭೩ವರ್ಷ, ದಕ್ಷಿಣ ಆಫ್ರಿಕಾ ೬೦ ವರ್ಷ ಹಾಗೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ದೇಶಗಳಾದ ಫ್ರಾನ್ಸ್ ೮೨ ವರ್ಷ, ಬ್ರಿಟನ್ ೮೧ ವರ್ಷ, ಯು.ಎಸ್.ಎ ೭೯ ವರ್ಷ ಹಾಗೂ ಜಪಾನ್ ೭೪ ವರ್ಷ ಜೀವಿತಾವಧಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ.

ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ (ಎಂ.ಎಂ.ಆರ್) ಮತ್ತು ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲೂ (ಐಎಂಆರ್)ದಲ್ಲೂ ಭಾರತವು ಹಿಂದುಳಿದಿದೆ. ೨೦೧೩ರ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಭಾರತವು ೧೯೦ ಎಂಎಂಆರ್ ಮತ್ತು ೪೧.೧ ಐಎಂಆರ್‌ನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಬ್ರೆಜಿಲ್, ಚೀನಾ, ರಷ್ಯಾ ಮತ್ತು ಭಾರತಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ದಕ್ಷಿಣ ಆಫ್ರಿಕಾ ಕಡಿಮೆ ಎಂಎಂಆರ್ ಮತ್ತು ಐಎಂಆರ್‌ನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ.[೫೦]

ಆರೋಗ್ಯ ವಿತರಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಕೇಂದ್ರದ ನಡುವಿನ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳ ವಿತರಣೆಯಲ್ಲಿ ಸರಕಾರವು ಪ್ರಮುಖ ಸವಾಲುಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತೀ ರಾಜ್ಯಕ್ಕೂ ಶೇ.೩೬ ಪ್ರತಿಶತದಷ್ಟೇ ಕೇಂದ್ರದ ಧನಸಹಾಯವಿದೆ. ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರವು ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಒದಗಿಸುವ ನಿಧಿಯ ಜೊತೆಗೆ ಯೋಜನಾ ಆಯೋಗವು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಸಹಾಯವನ್ನು ಕೆಲವು ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಒದಗಿಸಿದೆ. ಇದು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ಮೂಲ ಸೌಕರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತಷ್ಟು ಸುಧಾರಣೆಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಕೂಡಿದೆ.

ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ

ನಾವು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಚಾರದ ಕುರಿತಂತೆ ಚರ್ಚಿಸುವಾಗ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಎರಡು ಭಾಗಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು. ಮೊದಲನೆಯದು ನಗರ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಹಾಗೂ ಎರಡನೆಯದಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನಸಂಖ್ಯೆ. ಭಾರತದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಅಸಮಾನತೆಯ ಸಮಸ್ಯೆಯು ದೊಡ್ಡ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದೆ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಜಿಲ್ಲೆ ಮತ್ತು ತಾಲೂಕು ಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದು ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ. ದೇಶದ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಬಹುಪಾಲು ಜನರು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿದ್ದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಹಾಗೂ ಇವರು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ವಂಚಿತರಾಗಿದ್ದಾರೆ.[೫೧]

ಭಾರತೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ತನ್ನ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆ ಹಾಗೂ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕತೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯದ ರಕ್ಷಣೆಯು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ನಾಗರಿಕನ ಹಕ್ಕು. ಅದರಲ್ಲೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯವು ರಾಜ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ವಿಷಯವಾಗಿದ್ದು

ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಜೀವನ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರವು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿದೆ.

ಭಾರತ ಸರಕಾರವು ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಬಯಲು ಸೀಮೆಯ ಪ್ರತೀ ೧,೨೦,೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ೧ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ೩೦,೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ೧ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ೫೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ೧ ಉಪ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ೨೦೧೫ರಲ್ಲಿ ದೇಶವು ಒಟ್ಟು ೫,೩೯೬ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು, ೨೫,೩೦೮ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ೧,೫೩,೬೫೫ ಉಪ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿತ್ತು.[೨೨]

ಭಾರತದ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯಂತಹ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳಿಂದ ಜನರು ವಂಚಿತರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ತೆರೆದ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸುವ ಕಾರಣ ಇದು ತಾಯಿಯ ಹಾಗೂ ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳ ಸಾವಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹಲವಾರು ಗಂಭೀರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಹೆರಿಗೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ತುರ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಗತ್ಯ ಬಿದ್ದಾಗ ಹತ್ತಿರದ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವು ಸುಸಜ್ಜಿತ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರಬೇಕು. ಆದರೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ೩೯%ದಷ್ಟು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮಾತ್ರ ಉತ್ತಮ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ.

ದೇಶದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಹಾಸಿಗೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಕೂಡಾ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಕೊರತೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿವೆ. ರಾಜ್ಯಗಳ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಅವಲೋಕಿಸಿದರೆ ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಇರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿಮಾತ್ರ ಶೇ. ೧೦೦%ರಷ್ಟು ಅಗತ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ.[೨೩]

ಕರ್ನಾಟಕವು ೨೦೧೨ ರಿಂದ ೨೦೧೭ರ ವರೆಗೆ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ೯,೨೬೪ ಉಪ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ೨,೩೫೩ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ೨೦೬ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕವು ೬,೧೧,೦೩,೦೦೪ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಪ್ರತೀ ೪,೦೪೫ ಜನರಿಗೆ ಒಂದು ಉಪ ಕೇಂದ್ರ (೦.೬೬%), ಪ್ರತೀ ೧೬,೭೮೦ ಜನರಿಗೆ ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ (೨.೭೪%), ಹಾಗೂ ಪ್ರತೀ ೧,೯೪,೧೪೨ ಜನರಿಗೆ (೩೧.೭೬%) ಒಂದು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ೧೨೧,೦೧,೯೩,೪೨೨ ರಷ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಇದ್ದು ಪ್ರತೀ ೫,೪೩೭ ಜನರಿಗೆ ಒಂದು ಉಪಕೇಂದ್ರ (೦.೦೪%), ಪ್ರತೀ ೩೩,೩೨೩ ಜನರಿಗೆ ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ (೦.೨೮%), ಹಾಗೂ ೧,೫೫,೪೬೩ ಜನರಿಗೆ ಒಂದು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ (೧.೨೮%) ಲಭ್ಯವಿದೆ.[೨೪]

ಅವಕಾಶವಂಚಿತ ವರ್ಗಗಳು ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ

ಭಾರತವು ಭೌಗೋಳಿಕ ವೈವಿಧ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ವಿಶಾಲವಾದ ಭೂಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಅತ್ಯಂತ ದುರ್ಬಲವಾದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಾಗಿದೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಬುಡಕಟ್ಟು ವರ್ಗದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯ ಹಾಗೂ ಇನ್ನಿತರ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯದ ಕೊರತೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದೆ.ಭಾರತ ಸರಕಾರವು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿನ ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸಲು ಹಲವಾರು ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಂಡರೂ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ಸನ್ನು ಕಾಣದಿರುವುದು ದೊಡ್ಡ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಯಾವುದೇ ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯ ಅಗತ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ವಿವಿಧ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ರಾಜಕೀಯ ಅಂಶಗಳ ಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ ಪ್ರಭಾವಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಬಡವರ್ಗ, ಮಹಿಳೆಯರು, ಮಕ್ಕಳು, ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗ ಇವು ಸಮಾಜದ ಅವಕಾಶವಂಚಿತ ವರ್ಗಗಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿವೆ. ಭಾರತ ಸರಕಾರವು ಈ ಅವಕಾಶವಂಚಿತ ವರ್ಗಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹಲವಾರು ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು, ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತಂದರೂ ಅದು ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ಸನ್ನು ಕಾಣುತ್ತಿಲ್ಲ. ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಕೂಡಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಹಲವಾರು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದ್ದರೂ ತಳಮಟ್ಟದಿಂದಲೇ ಅದರ ಸಮರ್ಪಕವಾದ ಅನುಷ್ಠಾನವು ಅತೀ ಅಗತ್ಯ. ಮಹಿಳೆಯರು ಹಾಗೂ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ವಿಚಾರವಾಗಿ ಸರಕಾರವು ಅತೀ ಮಹತ್ವದ ಹೆಜ್ಜೆಗಳನ್ನು ಇರಿಸಿದ್ದು, ಸಮರ್ಪಕವಾದ ಅನುಷ್ಠಾನವು ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ

ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗ ಮತ್ತು ಅವರ ಸಂಸ್ಕೃತಿಯ ಕುರಿತು ಈಗಾಗಲೇ ಹಲವಾರು ಅಧ್ಯಯನಗಳು ನಡೆದಿವೆ. ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನರಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ೧೯೪೭ರಿಂದ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಅಧಿಕವಾಗಿರುವ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ತೆರೆಯಲಾಯಿತು. ಇದು ದೇಶದಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೆ ತರಲಾದ ವಿವಿಧ ಬುಡಕಟ್ಟು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಅವಿಭಾಜ್ಯ ಅಂಗವಾಗಿದೆ. ಆದರೆ, ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಹಲವು ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಆಗರವಾಗಿದ್ದು, ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ವೈದ್ಯರನ್ನು, ದಾದಿಯರನ್ನು ಹಾಗೂ ಇನ್ನಿತರ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವುದು ಸವಾಲಿನ ಕೆಲಸವಾಗಿದೆ.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವ ಬುಡಕಟ್ಟು ಸಮುದಾಯದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ೯,೩೮,೧೯,೧೬೨ ಇದೆ. ಇವರಿಗೆ ೨೭,೯೫೮ ಉಪ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ೩,೯೫೭ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮತ್ತು ೯೯೮ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮಾತ್ರ ಲಭ್ಯವಿದೆ.

ದೇಶದಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ ೬,೭೯೬ ಉಪ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ೧೨೬೭ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಹಾಗೂ ೩೦೯ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದು, ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನರಿಗೆ ಒದಗಿಸಿದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಬೆಳಕು ಚೆಲ್ಲುತ್ತದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕವು ಪ್ರಸ್ತುತ ಹಲವಾರು ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಇದು ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಮತ್ತು ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶಗಳ ಸುಮಾರು ೨೦,೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ೩,೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದು ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಅಂಚಿನ ಸಮುದಾಯಗಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಕುರಿತಂತೆ ಸರಕಾರಕ್ಕೆ ಮಾರ್ಗದರ್ಶಿ ಸೂತ್ರಗಳ ಕೊರತೆ ಇದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವೆಂದರೆ ಬುಡಕಟ್ಟು ಸಮುದಾಯಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಸೀಮಿತ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ನಡೆದಿದ್ದು, ಇದು ಕೆಲವೇ ಕೆಲವು ಬುಡಕಟ್ಟು ಸಮುದಾಯಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ (ಜೇನುಕುರುಬ, ಕೊರಗ, ಇರುಳಿಗ, ಹಕ್ಕಿಪಿಕ್ಕಿ, ಸಿದ್ಧೀಸ್). ಈ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಕೂಡಾ ಸೀಮಿತ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಬುಡಕಟ್ಟು ಸಮುದಾಯಗಳ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ಹಾಗೂ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕವಲ್ಲದ ಖಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ಪಷ್ಟ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗಿವೆ. ಹೀಗಾಗಿ ಬುಡಕಟ್ಟು ಸಮುದಾಯಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ಸರಕಾರಕ್ಕೆ ಕಾರ್ಯತಂತ್ರಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದು ಕಷ್ಟಕರವಾಗಿದೆ. ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಕೆಲವೇ ಕೆಲವು ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗದವರ ಅನುವಂಶಿಕ ಮೂಲ ಸಂಬಂಧಗಳ ಕುರಿತ ಅಧ್ಯಯನಗಳಿಂದ ಹಿಡಿದು, ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯದ ಲಭ್ಯತೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಬಳಕೆಯ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ, ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಾದ ರಕ್ತಹೀನತೆ, ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ, ಪೌಷ್ಠಿಕಾಂಶದ ಸ್ಥಿತಿ, ಜೀವನ ಶೈಲಿಯಿಂದಾದ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಸಮರ್ಪಕವಾದ ವರದಿಯನ್ನು ನೀಡುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗಿವೆ.

ಕರ್ನಾಟಕದ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗದ ಆರೋಗ್ಯದ ಅಧ್ಯಯನಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ಕೆಲವೊಂದು ವರದಿಗಳನ್ನು ನಾವು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಬಹುದು. ದಕ್ಷಿಣ ಕರ್ನಾಟಕದ ಜೇನುಕುರುಬ, ಬೆಟ್ಟಕುರುಬ ಮತ್ತು ಸೋಲಿಗ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗದ ಅನುವಂಶಿಕ ಸಂಬಂಧದ ಕುರಿತಂತೆ ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಜೇನುಕುರುಬ ಮತ್ತು ಸೋಲಿಗ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗದವರು ಕಡಿಮೆ ಅನುವಂಶಿಕ ಅಂತರಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ, ಬೆಟ್ಟಕುರುಬ ಜನಾಂಗವು ತನ್ನ ಸಮುದಾಯದ ಹಿಂದಿನ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಯೊಂದಿಗೆ ತುಲನಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅನುವಂಶಿಕ ಅಂತರವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಕೊರಗ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಧ್ಯಯನವು, ಕೊರಗ ಜನಾಂಗದವರ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಲಭ್ಯತೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಳಕೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ಬೆಳಕು ಚೆಲ್ಲಿದೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಕೊರಗ ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿನ ಬಡತನದ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ವಿವರಿಸಿದೆ ಹಾಗೂ ಇವರ ಸಾಕ್ಷರತೆಯ ಮಟ್ಟವು ೭೦.೫%ರಷ್ಟಿದೆ ಎಂದು

ತೋರಿಸಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ, ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಕೊರಗ ಸಮುದಾಯದ ವಸತಿ, ನೈರ್ಮಲ್ಯ, ಸಾಕ್ಷರತೆ ಮತ್ತು ಉದ್ಯೋಗದ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಒತ್ತಿ ಹೇಳಿದೆ.

ಮೈಸೂರು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಹಕ್ಕಿಪಿಕ್ಕಿ ಬುಡಕಟ್ಟು ಸಮುದಾಯದ ಸ್ತನ್ಯಪಾನ ಪದ್ಧತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ೭೬%ರಷ್ಟು ಜನರು ಹುಟ್ಟಿದ ಕೂಡಲೇ ತಮ್ಮ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಹಾಲುಣಿಸಿದರೆ, ೨೦%ರಷ್ಟು ತಾಯಂದಿರು ಮಗು ಹುಟ್ಟಿದ ೨ನೇ ದಿನ ಸ್ತನ್ಯಪಾನವನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದರು ಮತ್ತು ಶೇ. ೪ರಷ್ಟು ತಾಯಂದಿರು ಮಗುವಿನ ಜನನದ ೩ನೇ ದಿನ ಹಾಲುಣಿಸಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ. ಶೇ. ೨೪ರಷ್ಟು ತಾಯಂದಿರು ಮಗು ಜನಿಸಿದ ಕೂಡಲೇ ತಾಯಿಯ ಹಾಲು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳ್ಳೆಯದಲ್ಲ ಎಂಬ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ನಂಬಿಕೆಗೆ ಬದ್ಧರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಹೀಗಾಗಿ, ಈ ಬುಡಕಟ್ಟು ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ತಾಯಂದಿರಿಗೆ ಸ್ತನ್ಯಪಾನದ ಬಗ್ಗೆ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ನೀಡುವ ಹಾಗೂ ವಿವಿಧ ಜಾಗೃತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ನಡೆಸುವ ಅಗತ್ಯವನ್ನು ಅಧ್ಯಯನವು ಒತ್ತಿ ಹೇಳಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ, ಸಾಕ್ಷರತಾ ಅಭಿಯಾನ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣದ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ತಿಳಿಸಿದೆ.

ಮೈಸೂರು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜೇನುಕುರುಬ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗದ ೫ ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳ ಅಪೌಷ್ಠಿಕತೆಯ ಕುರಿತ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆ ತೂಕ ಹೊಂದಿದ ಮಕ್ಕಳ ಪ್ರಮಾಣವು ೩೮.೬% ಇದ್ದು, ಬೆಳವಣಿಗೆ ಕುಂಠಿತಗೊಂಡ ಮಕ್ಕಳ ಪ್ರಮಾಣವು ೩೬.೮%ದಷ್ಟು ಇರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ಮಗುವಿನ ವಯಸ್ಸಿನ ಹೆಚ್ಚಳದೊಂದಿಗೆ, ಕಡಿಮೆ ತೂಕ ಹೊಂದಿರುವವರ ಪ್ರಮಾಣವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಉಡುಪಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ೧೪ರಿಂದ ೪೯ ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನ ಜೇನುಕುರುಬ ಬುಡಕಟ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರ ರಕ್ತಹೀನತೆಯ ಸಮಸ್ಯೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ೫೯.೯%ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ರಕ್ತಹೀನತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ವರದಿ ಮಾಡಿದೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನ ಸಮುದಾಯದ ರಕ್ತಹೀನತೆ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಠಿಕಾಂಶದ ಸಮಸ್ಯೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ಗಮನಹರಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯವೆಂದು ತಿಳಿಸಿದೆ.

ಮೈಸೂರು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಹುಣಸೂರು ತಾಲೂಕಿನ ಜೇನುಕುರುಬ ಬುಡಕಟ್ಟಿನ ಸಮುದಾಯದ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಸಮಸ್ಯೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ೫೫.೭%ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಹಾಗೂ ೪೪.೩%ರಷ್ಟು ಪುರುಷರು ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕದ ರಾಮನಗರ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಕೊರಗ ಬುಡಕಟ್ಟಿನ ಮದ್ಯಪಾನಿಗಳ ಯಕೃತ್ತಿನ ಹಾನಿಯ ಕುರಿತಂತೆ ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಕೊರಗ ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ಮದ್ಯಪಾನ ಸೇವನೆಯಿಂದ ಪಿತ್ತಜನಕಾಂಗದ ಹಾನಿಯ ಪ್ರಮಾಣವು ಶೇ. ೪೭ರಷ್ಟು ಇದ್ದು, ಅತೀವ ಮದ್ಯಪಾನವು ಬುಡಕಟ್ಟು ಸಮುದಾಯಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗೆ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣ ಎಂದು ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಈ ಮೇಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗದ ಆರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತಂತೆ ಸ್ಥೂಲ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತವೆ. ಆದುದರಿಂದ, ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗದ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹಾಗೂ ಅತೀ ಸೂಕ್ಷ್ಮಾತಿಸೂಕ್ಷ್ಮ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಧ್ಯಯನಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆಯನ್ನು ಕಾಣಬಹುದು. ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ನಿಸರ್ಗದಿಂದಲೇ ಔಷಧಿ ಸಸ್ಯಗಳನ್ನು ತಮ್ಮ ರೋಗಗಳ ಉಪಶಮನಕ್ಕಾಗಿ ಬಳಸುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕವು ಬುಡಕಟ್ಟು ಸಮುದಾಯಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ಬುಡಕಟ್ಟು ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯನ್ನು ರಚಿಸಿದೆ. ಭಾರತವು ತನ್ನ ಐದನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಬುಡಕಟ್ಟು ಸಮುದಾಯಗಳ ಬಡತನ ನಿವಾರಣೆ, ಬುಡಕಟ್ಟು ಸಂಸ್ಕೃತಿಯ ರಕ್ಷಣೆ, ಶಿಕ್ಷಣ, ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ಕನಿಷ್ಠ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಕುರಿತಂತೆ ವಿಶೇಷ ಘಟಕ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರವು ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಬುಡಕಟ್ಟು ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ನೀಡಿದ್ದು, ರಾಜ್ಯದ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯು ಈ ಸಮುದಾಯಗಳ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ, ಹಲವಾರು ಸರಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ಸಂಘಗಳು ಹಾಗೂ ಟ್ರಸ್ಟ್‌ಗಳು ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. ಬುಡಕಟ್ಟು ಕಲ್ಯಾಣ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಸರಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಪಾತ್ರವು ಚಿಕ್ಕದಾಗಿದ್ದರೂ, ಜನರ ಜೀವನದಲ್ಲಿ ಗುಣಾತ್ಮಕ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವದ್ದಾಗಿದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ –ವಿವೇಕಾನಂದ ಗಿರಿಜನ ಕಲ್ಯಾಣ ಕೇಂದ್ರ, ಸಮಗ್ರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆಶ್ರಮ, ಜನಶಿಕ್ಷಣ ಟ್ರಸ್ಟ್, ಚಿಂತನಾ ಫೌಂಡೇಶನ್, ವನವಾಸಿ ಕಲ್ಯಾಣ ಆಶ್ರಮ, ಇತ್ಯಾದಿ. ಅಲ್ಲದೇ, ಸರಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು (ಎನ್.ಜಿ.ಓ.) ಹಲವಾರು ಬುಡಕಟ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ದಾದಿಯರ ತರಬೇತಿ ನೀಡಿ ಅವರನ್ನು ದೂರದ ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶಗಳ ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡಲು ಪ್ರೇರೇಪಿಸಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ೩೪,೨೯,೭೯೧ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗಗಳಿದ್ದು, ಅವರಿಗೆ ೩೨೧ ಉಪ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ೬೪ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ೭ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಲಭ್ಯವಿವೆ. ಬುಡಕಟ್ಟು ವರ್ಗಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ೧೧೪೩ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು, ೧೭೧ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಹಾಗೂ ೪೨ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ.[೫೫]

ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅನೇಕ ಸೂಚಕಗಳ ಮೂಲಕ ಪರಿಶೀಲಿಸಬಹುದು. ಇದು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಭೌಗೋಳಿಕತೆ, ಸಮಾಜೋ–ಆರ್ಥಿಕ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿಯಿಂದ ಪ್ರೇರೇಪಿತಗೊಂಡ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇದು ಒಟ್ಟಾರೆ ಆರ್ಥಿಕತೆಯ ಉತ್ಪಾದನೆಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರುತ್ತದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಲಿಂಗ, ವರ್ಗ ಅಥವಾ ಜನಾಂಗೀಯ ಅಸಮಾನತೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದು ಬಹಳ ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ. ಇದು ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಮಾನವ ಬಂಡವಾಳದ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚಿನ ಉಳಿತಾಯ ಹಾಗೂ ಹೂಡಿಕೆಯ ಮೂಲಕ ಆರ್ಥಿಕ ಲಾಭಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಲಿಂಗ ಅಸಮಾನತೆಯು ಪ್ರಮುಖ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದ್ದು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯಲ್ಲಿಯೂ ಲಿಂಗ ಪಕ್ಷಪಾತವನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ೨೦೧೧ರ ವಿಶ್ವಸಂಸ್ಥೆಯ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿಯು ಲಿಂಗ ಅಸಮಾನತೆಯ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಭಾರತಕ್ಕೆ ೧೮೭ರಲ್ಲಿ ೧೩೨ನೇ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ನೀಡಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯದ ಪ್ರಮುಖ ಸಾಮಾಜಿಕ ನಿರ್ಧಾರಕಗಳಲ್ಲಿ ಲಿಂಗ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ರಾಜಕೀಯ ಅಂಶಗಳು ಸೇರಿವೆ. ಇದು ಭಾರತದ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತದೆ.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿದ ಲಿಂಗ ಅಸಮಾನತೆಯು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರುತ್ತಿದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಜನನದ ಮೊದಲೇ ಲಿಂಗ ತಾರತಮ್ಯ ಪ್ರಾರಂಭ ವಾಗುತ್ತದೆ. ಮಗನಿಗೆ ಕುಟುಂಬದ ಆದ್ಯತೆಯು ಹೆಚ್ಚಿದ್ದು, ಹೆಣ್ಣು ಭ್ರೂಣವನ್ನು ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಕೊಲ್ಲುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಇಂದಿಗೂ ಭಾರತದಲ್ಲಿದೆ. ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳು ಪ್ರಬುದ್ಧರಾದಂತೆ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ಬಡತನ ಪೀಡಿತ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಮಾನ ಸವಲತ್ತುಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಹಲವಾರು ಅಡೆತಡೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಭಾರತದಲ್ಲಿನ ಸಾಮಾಜಿಕ ರಚನೆಯು ಮಹಿಳೆಯ ಸ್ಥಾನಮಾನದಲ್ಲಿ ತಾರತಮ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದುವಂತೆ ಪ್ರೇರೇಪಿಸಿದೆ. ಮಹಿಳೆಯರು ಲಿಂಗ ತಾರತಮ್ಯದ ಒಂದು ವಿಶಿಷ್ಟ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಲಿಂಗ ಅಸಮಾನತೆಗಳು ಮಹಿಳೆಯರ ಕಳಪೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಫಲಿತಾಂಶದ ಜೊತೆಗೆ ನೇರವಾದ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಮಹಿಳೆಯರಿಗಿಂತ ಪುರುಷರು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಪುರುಷರಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್‌ರವರ ಸಹಕಾರಿ ಸಂಘರ್ಷಗಳ ವಿಧಾನವು ಮೂರು ವಿಭಿನ್ನ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳ ಮೂಲಕ ಮಹಿಳೆಯರ ಲಿಂಗ ಅಸಮಾನತೆಯ ಅನಾನುಕೂಲತೆಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸುತ್ತದೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ ಸ್ಥಗಿತ ಯೋಗಕ್ಷೇಮ, ಗ್ರಹಿಸಿದ ಆಸಕ್ತಿ ಮತ್ತು ಗ್ರಹಿಸಿದ ಕೊಡುಗೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ತಾಯಿಯ ಆರೈಕೆಯ ವಿಚಾರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹಲವಾರು ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು ನಾವು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ೧೯೯೨ರಲ್ಲಿ ಭಾರತ ಸರಕಾರವು ಲಿಂಗ ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು ನಿವಾರಿಸಲು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಹಿಳಾ ಆಯೋಗವನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿತು. ಶಿಶುಗಳ ಮರಣ ಮತ್ತು ತಾಯಿಯ ಮರಣದ ಅನುಪಾತವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ೨೦೦೫ರಲ್ಲಿ ಭಾರತವು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್ (ಎನ್.ಆರ್.ಎಚ್.ಎಂ.)ನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತಂದಿತು.

೨೦೧೧ರಲ್ಲಿ ನಾಯರ್ ಹಾಗೂ ಪಾಂಡಾ ನಡೆಸಿದ ಸಂಶೋಧನಾ ಅಧ್ಯಯನವು ೨೦೦೫ರಲ್ಲಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಎನ್.ಆರ್.ಎಚ್.ಎಂ. ಜಾರಿಗೆ ಬಂದಾಗಿನಿಂದ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಮವನ್ನು

ಸುಧಾರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದ್ದರೂ ಸಹ ದೇಶವು ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಉದಯೋನ್ಮುಖ ಆರ್ಥಿಕತೆಗಳಿಗಿಂತ ಹಿಂದುಳಿದಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದೆ. ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಸ್ತನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ತಾಯಂದಿರ ಅನಾರೋಗ್ಯ, ಎಚ್.ಐ.ವಿ., ಗರ್ಭಪಾತ, ಹೃದಯದ ಖಾಯಿಲೆ, ಮಾನಸಿಕ ಖಿನ್ನತೆ, ಆತ್ಮಹತ್ಯೆ ಮತ್ತು ಕೌಟುಂಬಿಕ ಹಿಂಸಾಚಾರ ಇವೆಲ್ಲವುಗಳೂ ಮಹಿಳೆಯರ ಉತ್ಪಾದನಾ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಕುಂಠಿತಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೯ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದು, ಗ್ರಾಮೀಣ, ಅನಕ್ಷರಸ್ಥ, ಬುಡಕಟ್ಟು ವರ್ಗ ಹಾಗೂ ಕಡಿಮೆ ಜೀವನಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರು ಈ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದಾಗಿ ತೀವ್ರವಾಗಿ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಮತೋಲಿತ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಮುಖ್ಯವಾಗಿದ್ದು, ಇದು ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಪ್ರೋಟೀನ್, ಕೊಬ್ಬು, ಕಾರ್ಬೋಹೈಡ್ರೇಟ್, ವಿಟಮಿನ್ ಮತ್ತು ಮಿನರಲ್‌ಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕು. ಆದರೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆ, ಅದರಲ್ಲೂ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳು ಆರೋಗ್ಯಕರ ಜೀವನಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ಸಮತೋಲಿತ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ. ಎನ್.ಎಫ್.ಎಚ್.ಎಸ್ (೨೦೧೭) ವರದಿಯ ಪ್ರಕಾರ ೪.೭%ದಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ನಿತ್ಯ ಹಸಿರು ತರಕಾರಿ ಸೇವಿಸಿದರೆ, ಶೇ. ೩೮ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ವಾರಕ್ಕೊಮ್ಮೆ ಹಸಿರು ತರಕಾರಿ ಸೇವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಸೆಂಟರ್ ಫಾರ್ ಸೋಷಿಯಲ್ ರಿಸರ್ಚ್‌ನ ಅಧ್ಯಯನವು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಅಸಮತೋಲಿತ ಆಹಾರ ಸೇವನೆಗೆ ಬಡತನವೇ ಕಾರಣ ಹಾಗೂ ನಗರಗಳಲ್ಲಿ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ ಪದ್ಧತಿಯು ಬದಲಾಗುತ್ತಿದ್ದು, ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯ ಜಂಕ್‌ಫುಡ್ ಸೇವನೆಗೆ ಒತ್ತು ನೀಡುತ್ತಿದೆ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಮಹಿಳೆಯರು ಅದರಲ್ಲೂ ಯುವತಿಯರು ಅನಾರೋಗ್ಯಕರ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನವು ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ, ಯುವತಿಯರು ದೇಹಸೌಂದರ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಲುವಾಗಿ ಅನಿಯಮಿತ ಆಹಾರ ಪದ್ಧತಿ ಹಾಗೂ ಸಮತೋಲಿತ ಆಹಾರದ ಸೇವನೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸಿರುವುದು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯವು ಕ್ಷೀಣಿಸಲು ಕಾರಣವಾಗಿದೆ.

ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೇ ಉತ್ತಮ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯವೂ ಅಗತ್ಯ. ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಸ್ಪರ ಬೆಸೆದುಕೊಂಡಿದ್ದು ವ್ಯಾಯಾಮ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯವೂ ಉತ್ತಮವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ವೈದ್ಯಲೋಕ ಮೊದಲಿನಿಂದಲೂ ಹೇಳುತ್ತಲೇ ಬಂದಿದೆಯಾದರೂ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಈ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಪೂರ್ಣ ಜಾಗೃತಿಯು ಮೂಡಿಲ್ಲ. ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ಯುವಜನತೆಯನ್ನು ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಸದೃಢರಾಗಿಸುವ ಮೂಲಕ ಭವಿಷ್ಯದ ಭಾರತವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯಕರವಾಗಿ ಕಟ್ಟಬಹುದು. ಇದು ಬರೀ ವ್ಯಕ್ತಿಗತ ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಚಾರವಲ್ಲ. ಬದಲಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ, ಉತ್ಪಾದಕತೆ ಸೇರಿದಂತೆ ವಿವಿಧ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಬೀರುವ ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ಬಡತನ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ

ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ರಾಜಕೀಯ ಆರ್ಥಿಕತೆ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಮಟ್ಟದೊಂದಿಗೆ ನಿಕಟ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಬಡತನ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೂ ನಿಕಟವಾದ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ನಾವು ಗುರುತಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಬಡತನಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹಣಕಾಸು ನಿರ್ಣಾಯಕವಾಗುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ಹಾಗೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಾಗದ ಆರ್ಥಿಕತೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹಣಕಾಸಿನ ಪಾತ್ರವು ನಿರ್ಣಾಯಕವಾಗಿದೆ. ಭಾರತದ ಇತ್ತೀಚಿನ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ಪ್ರಕಾರ ೨೭.೫%ರಷ್ಟು ಜನರು ಬಡತನ ರೇಖೆಯ ಕೆಳಗೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ದೇಶದ ಐ.ಎಂ.ಆರ್ ಹಾಗೂ ಬಡತನವು ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ನಿಕಟ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಸರಕಾರವು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮೇಲೆ ಮಾಡುವ ಹೂಡಿಕೆಯ ಪ್ರಮಾಣವು ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದ್ದು, ಬಡವರ್ಗವು ಅತೀ ಹೆಚ್ಚಿನ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ತನ್ನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಜೇಬಿನಿಂದ ಭರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ದೇಶಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಖಾಸಗೀ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆಯ ಮೂಲಕ ಒದಗಿಸುತ್ತವೆ.

ಭಾರತವು ಆಯುಷ್ಮಾನ್ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದ್ದು, ಬಡತನ ರೇಖೆಗಳಲ್ಲಿ ಜೀವಿಸುವ ಹಲವಾರು ಬಡ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ಇದು ವರದಾನವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯಿಂದ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಸರಕಾರದ ನೇರ ಫಲಾನುಭವಿಯಾಗಿರುವುದೇ ಅಲ್ಲದೇ, ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ತನಗೆ ಬೇಕಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಸಫಲನಾಗುತ್ತಾನೆ. ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಈ ಯೋಜನೆಯು ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಜನಪ್ರಿಯತೆಯನ್ನು ಗಳಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದು, ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಆಯುಷ್ಮಾನ್ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಥಮ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ಗಳಿಸಿದೆ. ಭಾರತದಂತಹ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಬಡವರ್ಗದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಪ್ರಥಮ ಆದ್ಯತೆಯನ್ನು ನೀಡುವುದು ಹೆಚ್ಚು ಸಮಂಜಸವಾಗಿದೆ.

ಜಾಗತೀಕರಣ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ

೧೯೭೦ರ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಅಮೆರಿಕಾ ಹಾಗೂ ಯುರೋಪ್‌ನ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಆರ್ಥಿಕ ಬಿಕ್ಕಟ್ಟಿನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಎದುರಿಸಿತು. ಆದರೆ ಈ ಬಿಕ್ಕಟ್ಟಿನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಿಂದ ಆದಷ್ಟು ಬೇಗ ಹೊರಬರಲು ಈ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಕಂಡುಕೊಂಡ ಮಾರ್ಗವೆಂದರೆ ತಮ್ಮ ಬಿಕ್ಕಟ್ಟನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಿಗೆ ವರ್ಗಾವಣೆ ಮಾಡುವ ಮೂಲಕ ತಮ್ಮ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಶೀಘ್ರ ಪರಿಹಾರವನ್ನು ಕಂಡುಕೊಂಡಿರುವುದು ಅದರಂತೆಯೇ ಈ ದೇಶಗಳು ಗಡಿರಹಿತ ಜಗತ್ತು ಎಂಬ ಜಾಗತೀಕರಣದ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯಡಿ ತಮ್ಮ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯನ್ನು ತೆರೆಯುವ ಮೂಲಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಹೊಸ ಜಾಲಕ್ಕೆ ಸಿಲುಕಿಸಿತು. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಿಗೆ ಸುಲಭ ಕಂತಿನ ಸಾಲವನ್ನು ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ದೇಶಗಳು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ತಮ್ಮ ಅನುಕೂಲಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಬಳಸಿ ಕೊಂಡಿತು. ಈ ಸಾಲಗಳು ಹಾಗೂ ಮರುಪಾವತಿಯು ಹಲವಾರು ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿತ್ತು.

ಈ ಷರತ್ತಿನ ಅನ್ವಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಆಹಾರ ಭದ್ರತೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷಣದಂತಹ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಿಗೆ ಕಡಿಮೆ ಹಣವನ್ನು ವ್ಯಯಿಸಬೇಕಾಗಿರುವುದು ಇಂದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ೧೯೯೧ರಿಂದ ಪ್ರಾರಂಭವಾದ ಆರ್ಥಿಕ ಉದಾರೀಕರಣವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತಂತೆ ಸರಕಾರದ ಬದ್ಧತೆಯಲ್ಲಿ ತೀವ್ರ ಕುಸಿತವನ್ನು ಕಂಡಿದೆ. ಹೀಗಾಗಿ, ನಮ್ಮ ದೇಶವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವಿಶ್ವದಲ್ಲಿಯೇ ೫ನೇ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣೆಯ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಸರಕಾರದ ಖರ್ಚು ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಖಾಸಗಿ ವಲಯಕ್ಕೆ ಉತ್ತೇಜನ ನೀಡುವಂತಹ ನೀತಿ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿದೆ. ಇದು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಬಡ ಮತ್ತು ಅಂಚಿನಲ್ಲಿರುವ ಸಮುದಾಯಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಪ್ರವೇಶದ ಮೇಲೆ ನಕಾರಾತ್ಮಕವಾದ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರಿದೆ.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅಂತರ್-ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು, ಗ್ರಾಮೀಣ-ನಗರ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು, ಲಿಂಗ ತಾರತಮ್ಯ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ವರ್ಗದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಇದು ಜಾಗತೀಕರಣ, ಉದಾರೀಕರಣ ನೀತಿಗಳ ಪ್ರಾರಂಭದಿಂದಲೂ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ವಿಸ್ತಾರಗೊಂಡಿದೆ. ಇಂದು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ವೆಚ್ಚವು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿದೆ. ೧೯೮೦ರ ದಶಕದ ಮಧ್ಯಭಾಗಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹೊರರೋಗಿ ಮತ್ತು ಒಳರೋಗಿಗಳ ಆರೈಕೆಯ ವೆಚ್ಚವು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿದೆ. ಹಣಕಾಸಿನ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಪಡೆಯದ ಜನರ ಪ್ರಮಾಣವು ೧೯೮೬ರಿಂದ ೧೯೯೬ರ ನಡುವೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಶೇ. ೧೦ರಿಂದ ಶೇ. ೨೧ರವರೆಗೆ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೫ರಿಂದ ಶೇ. ೨೪ರವರೆಗೆ ಏರಿಕೆಯಾಗಿದೆ.

ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆಯೂ ಜಾಗತೀಕರಣವು ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರಿದೆ. ಪ್ರತೀ ವರ್ಷ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ತಾಯಂದಿರು ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಪ್ರತೀ ವರ್ಷವು ೧,೩೦,೦೦೦ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ತಾಯಂದಿರು ಹೆರಿಗೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ೪೦೭ ತಾಯಂದಿರು ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಖಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇದೇ ರೀತಿ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು, ಇನ್ನಿತರ ಕೆಲವು ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಮಹಿಳೆಯರ ಉತ್ಪಾದಕತೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸಿವೆ. ಹೀಗೆ ಜಾಗತೀಕರಣ ಮತ್ತು ಉದಾರೀಕರಣ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮೇಲೆ ನಿಸ್ಸಂದೇಹವಾಗಿ ಋಣಾತ್ಮಕ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿದೆ ಎಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು.

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅದರ ಆಯಾಮಗಳು

ಆರೋಗ್ಯವು ಸಂಪೂರ್ಣ ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯಾಗಿದೆ. ಇದು ಕೇವಲ ರೋಗ ಅಥವಾ ದುರ್ಬಲತೆಯ ಅನುಪಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯದ ವಿವಿಧ ಆಯಾಮಗಳು ಮಾನವನ ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆಧ್ಯಾತ್ಮಿಕ ಮತ್ತು ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯನ್ನು

ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಮಾನವನ ಆರೋಗ್ಯವು ಹಲವಾರು ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಸ್ಥಿತಿಯಾಗಿದೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ:

೧. **ಭೌತಿಕ ಆಯಾಮ:** ಇದು ದೇಹದ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಶರೀರ ಶಾಸ್ತ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದೆ. ಇದು ದೇಹದ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಗಗಳು ಮತ್ತು ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ದೇಹವು ಸಾಮರಸ್ಯದಿಂದ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಲು ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಮಾನವನ ಭೌತಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ಉತ್ತಮ ಮೈಬಣ್ಣ, ಉತ್ತಮ ಚರ್ಮ, ಪ್ರಕಾಶಮಾನವಾದ ಕಣ್ಣುಗಳು, ಹೆಚ್ಚು ಕೊಬ್ಬು ಇಲ್ಲದಿರುವುದು, ಉತ್ತಮ ಹಸಿವು, ಒಳ್ಳೆಯ ನಿದ್ರೆ, ಮೃದುವಾದ ಹಾಗೂ ಸುಲಭವಾದ ದೇಹದ ಚಲನೆ, ಇತ್ಯಾದಿ.

೨. **ಮಾನಸಿಕ ಆಯಾಮ:** ಇದು ಮನಸ್ಸಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಹಾಗೂ ಮನಸ್ಸಿನ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುವ ಸ್ಥಿತಿಯಾಗಿದೆ. ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯವಂತ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಗುಣಲಕ್ಷಣ ಗಳೆಂದರೆ –ಅವನು ಆಂತರಿಕ ಘರ್ಷಣೆಗಳು ಮತ್ತು ಉದ್ವಿಗ್ನತೆಗಳಿಂದ ಮುಕ್ತನಾಗಿರುತ್ತಾನೆ, ಇತರರ ಸಂತೋಷದ ಅಥವಾ ದುಃಖದ ಭಾಗವನ್ನು ಅನುಭವಿಸಲು ಶಕ್ತನಾಗಿರುತ್ತಾನೆ ಮತ್ತು ಅವನು ಉತ್ತಮ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಹಾಗೂ ಜೀವನದ ಬೇಡಿಕೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಶಕ್ತನಾಗಿರುತ್ತಾನೆ.

೩. **ಸಾಮಾಜಿಕ ಆಯಾಮ:** ಇದು ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪರಸ್ಪರ ಸಂಬಂಧಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ತನ್ನ ಸಮುದಾಯದೊಂದಿಗೆ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ಇದು ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಂಪೂರ್ಣ ವ್ಯಕ್ತಿತ್ವವನ್ನು ನಿರ್ಮಾಣ ಮಾಡುವಂತಹ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ.

೪. **ಆಧ್ಯಾತ್ಮಿಕ ಆಯಾಮ:** ಇದು ಬ್ರಹ್ಮಾಂಡದ ಅತಿಶಯ ಶಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ನಿಸರ್ಗದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ನಂಬುವುದನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಇದು ಮಾನವನಿಗೆ ಜೀವನದ ಅರ್ಥ ಮತ್ತು ಉದ್ದೇಶ ವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಸಹಕರಿಸುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ, ಇದು ಆಂತರಿಕ ಮತ್ತು ಬಾಹ್ಯ ಘರ್ಷಣೆಯನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ.

೫. **ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಆಯಾಮಗಳು:** ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಆಯಾಮವು ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಭಾವನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿ ದ್ದಾಗಿದೆ ಹಾಗೂ ಮಾನಸಿಕ ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಎರಡು ನಿಕಟ ಸಂಬಂಧಿತ ಅಂಶಗಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾದರೂ, ಇವೆರಡರಲ್ಲೂ ಪ್ರತ್ಯೇಕತೆಯನ್ನು ಕಾಣಬಹುದು.

ಆರೋಗ್ಯವು ಪರಸ್ಪರ ಸಂವಹನ ನಡೆಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿ, ಕುಟುಂಬ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ವಿವಿಧ ಅಂಶಗಳ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇವುಗಳನ್ನು ಆರೋಗ್ಯದ ನಿರ್ಣಾಯಕಗಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು. ಅವುಗಳೆಂದರೆ – ಮಾನವ ಜೀವಶಾಸ್ತ್ರ, ಪರಿಸರ, ಮಾನವನ ಜೀವನಶೈಲಿ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳು, ಇತ್ಯಾದಿ. ಮಾನವ ಜೀವಶಾಸ್ತ್ರವು ಆರೋಗ್ಯದ ಆಂತರಿಕ ನಿರ್ಣಾಯಕವಾಗಿದ್ದು, ಇದು ಅನುವಂಶೀಯತೆ, ವಯಸ್ಸು

ಹಾಗೂ ಸ್ವಯಂ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯಂತಹ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಜನಾಂಗೀಯ ಅಂಶಗಳು ಹಾಗೂ ವಿಭಿನ್ನ ಸಂಸ್ಕೃತಿಯ ಮೌಲ್ಯಗಳು ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರುತ್ತದೆ. ಸ್ವಯಂ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯು ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ದೈಹಿಕ, ಬೌದ್ಧಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸ್ವಯಂಗ್ರಹಿಕೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಪರಿಸರವು ಮಾನವನ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುವ ಬಾಹ್ಯ ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗಿದ್ದು ಇದನ್ನು ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಮತ್ತು ಸ್ಥೂಲ ಪರಿಸರವೆಂದು ಕರೆಯಬಹುದು. ಇದು ಭೌತಿಕ ಪರಿಸರ ಮತ್ತು ಜೈವಿಕ ಪರಿಸರವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತಹ ಪರಿಸರವಾಗಿದೆ. ಜೀವನಶೈಲಿ ಅಥವಾ ದೈನಂದಿನ ಜೀವನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಮಾನವನ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು, ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿ, ರಾಜಕೀಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಸೇವೆಗಳು ಒಳಗೊಂಡಿವೆ. ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಸುಧಾರಣೆಯಲ್ಲಿ ನೇರವಾದ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿ, ಶಿಕ್ಷಣ ಹಾಗೂ ಉದ್ಯೋಗ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶಗಳಾಗಿವೆ.

ಉದ್ಯೋಗವು ಆರೋಗ್ಯ ಉತ್ತೇಜನಕ್ಕೆ ಮಹತ್ವವಾದ ಕೊಡುಗೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ, ಶಿಕ್ಷಣವು ಕೂಡಾ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಚಾರದಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಒಬ್ಬ ವಿದ್ಯಾವಂತ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಅವನ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸೂಕ್ತವಾದ ಜೀವನಶೈಲಿಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಶಿಕ್ಷಣವು ಸಹಕಾರಿ ಯಾಗಿದೆ. ರಾಜಕೀಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯದ ಕುರಿತಂತೆ ಮಹತ್ತರ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ, ಹಣದ ಹಂಚಿಕೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು, ಜನಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ ಒದಗಿಸುವ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯಗಳು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ವಿತರಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ನಿರ್ಧಾರಗಳನ್ನು ಆಡಳಿತ ಪಕ್ಷವು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್ (ಎನ್.ಆರ್.ಎಚ್.ಎಂ.)

ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನುಪೂರೈಸಲು ಭಾರತ ಸರಕಾರವು ೨೦೦೫ರಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಿಷನ್ ಅನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದೆ. ಇದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣ ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಸಮುದಾಯ ಸ್ವಾಮ್ಯದ ಮತ್ತು ವಿಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವ ಉದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಉತ್ತಮ ಹಾಗೂ ವ್ಯಾಪಕವಾದ ಶ್ರೇಣಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ಧಾರಕಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯದ ಸುಧಾರಣೆಗಳಾದ ನೀರು, ಪೋಷಣೆ, ಲಿಂಗ ಸಮಾನತೆಯ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಎನ್.ಆರ್.ಎಚ್.ಎಂ. ಯೋಜನೆಯು ಈಶಾನ್ಯ ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆಯನ್ನು ನೀಡಿದೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರವು ತನ್ನ ಜಿಡಿಪಿಯ ೦.೯%ರಿಂದ ೨.೩%ರವರೆಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಸಕ್ರಿಯಗೊಳಿಸಲು ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಜನರಿಗೆ ಮೂಲ ಸೌಕರ್ಯಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುವ ಉದ್ದೇಶವನ್ನು ಈ

ಮಿಷನ್ ಹೊಂದಿದೆ. ಇದರ ಅನ್ವಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರತೀ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರನ್ನು ನೇಮಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಮೂಲಕ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ, ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ, ಪೋಷಣೆ ಹಾಗೂ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ, ನೀರು ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ಕುರಿತಂತೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಹಣವನ್ನು ವಿನಿಯೋಗಿಸುವುದು ಅಲ್ಲದೆ ಎನ್.ಆರ್.ಎಚ್.ಎಂ. ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಪ್ರದಾಯವನ್ನು ನವೀಕರಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲವನ್ನೂ ವಿಕೇಂದ್ರೀಕರಣಗೊಳಿಸಲು ನಿರ್ಧರಿಸಿವೆ. ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ೧೮ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಅಧಿಕ ಗಮನವನ್ನು ನೀಡಿವೆ.[೫೬]

ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಸ್ಥಿರೀಕರಣದ ಮೂಲಕ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಮೇಲೆ ನಿಯಂತ್ರಣವನ್ನು ಮಾಡಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿದ್ದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಲಿಂಗ ಮತ್ತು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಅಸಮತೋಲನವನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸಲು ಶ್ರಮಿಸುತ್ತಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರನ್ನು (ಆಶಾ) ನೇಮಿಸುತ್ತಿದ್ದು ಹಳ್ಳಿ ಹಳ್ಳಿಗೆ ಭೇಟಿಕೊಟ್ಟು, ಸಂವಹನ ನಡೆಸುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಚಾಲನೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಎನ್.ಆರ್.ಎಚ್.ಎಂ. ಯೋಜನೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, ಆರೋಗ್ಯ ಗುತ್ತಿಗೆದಾರರು, ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮೊಬೈಲ್ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಘಟಕಗಳು, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಅಂಬುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆಗಳು, ಜನನಿ ಶಿಶು ಸುರಕ್ಷಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಬಾಲ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ವಿಂಗ್ಸ್, ಉಚಿತ ಔಷಧ ಮತ್ತು ಉಚಿತ ರೋಗ ತಪಾಸಣಾ ಸೇವೆಗಳು, ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ಜ್ಞಾನಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿವೆ.[೫೭]

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ನಗರವಾಸಿಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ

ಭಾರತದ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಸುಮಾರು ೩೦%ರಷ್ಟು ಜನರು ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ನಗರದ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯು ಉತ್ತಮವಾಗಿದೆ ಎಂದು ವಿವಿಧ ಅಧ್ಯಯನಗಳಿಂದ ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಿಂದ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಜನರು ಹೆಚ್ಚು ವಲಸೆ ಹೋಗುವುದರಿಂದ ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕೊಳಚೆ ಪ್ರದೇಶಗಳು ಹೆಚ್ಚು ನಿರ್ಮಾಣವಾಗುತ್ತಿವೆ. ಆರೋಗ್ಯವಲ್ಲದ ಜೀವನ ಸ್ಥಿತಿ, ಅತಿಯಾದ ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯಿಂದಾಗಿ ನಗರಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯು ತಲೆದೋರುತ್ತಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಶುದ್ಧ ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನ ಸಮಸ್ಯೆಯು ಉಲ್ಬಣಗೊಂಡಿದ್ದು ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಮನವನ್ನು ನೀಡುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಒಳ್ಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡಲು ಸರಕಾರಗಳು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿವೆ. ನಗರಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ, ದ್ವಿತೀಯ ಹಾಗೂ ತೃತೀಯ ಹಂತದ ಆರೋಗ್ಯ ವಿತರಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಆಯೋಜಿಸಲಾಗಿದ್ದರೂ ಕೂಡಾ ಅವುಗಳ ಕಳಪೆ ಗುಣಮಟ್ಟದಿಂದಾಗಿ ಜನರು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗಿಂತ ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ನೆಚ್ಚಿಕೊಳ್ಳುವಂತಾಗಿದೆ.[೫೮]

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಒಟ್ಟು ೨೩೫೩ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ೧೬೭೭ ಹೆರಿಗೆ ವಾರ್ಡ್‌ಗಳಿವೆ. ೧೨೪೯ ಆಪರೇಷನ್ ಥಿಯೆಟರ್‌ಗಳು ಹಾಗೂ ಕನಿಷ್ಠ ೪ ಬೆಡ್‌ಗಳುಳ್ಳ ೨೧೬೭ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಇದ್ದು ಕರ್ನಾಟಕವು ದೇಶದಲ್ಲಿ ೩ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ, ಪ್ರಥಮ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ ಗುಜರಾತ್, ದ್ವಿತೀಯ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರಹಾಗೂ ಒರಿಸ್ಸಾ ಕೊನೆಯ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ.[೫೯]

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳು (ಮಾನವ ಶಕ್ತಿ):

ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಶಕ್ತಿಯ ಪಾತ್ರವು ಬಹಳ ಪ್ರಮುಖವಾದುದು. ಇದು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಪರಿಣತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ವರ್ಗ ಎಂದು ಕರೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ. ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವು ಸರಿಯಾದ ಕೌಶಲ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು ವಿಶೇಷ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯೆಂದು ಗುರುತಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ಯಾವುದೇ ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಮೂಲ ಸೌಕರ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯದ ಲಭ್ಯತೆಯು ಆ ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಒಂದು ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಷೇತ್ರದ ಪ್ರಗತಿಯು ಅದರ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವು ವೈದ್ಯರು, ಹಿರಿಯ ಮತ್ತು ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿ(ಕ)ಯರು, ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ತಜ್ಞರು, ಫಾರ್ಮಸಿಸ್ಟ್‌ಗಳು ಹಾಗೂ ಇತರ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರ್ಗಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಭಾರತವು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಿದ್ದರೂ ಕೂಡಾ ದೇಶದ ಅನೇಕ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ, ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರ ಹಾಗೂ ಇತರ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಕೊರತೆಯು ಕಂಡುಬರುತ್ತಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಅತ್ಯಂತ ನಿರ್ಣಾಯಕ ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಶಕ್ತಿಯೂ ಒಂದಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಭಾರತವು ತಜ್ಞ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾನವ ಶಕ್ತಿಯ ಅಥವಾ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಲಭ್ಯತೆಯ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಈ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿಯೇ ಭಾರತದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯು ಇನ್ನಷ್ಟು ಆತಂಕಕಾರಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ತಜ್ಞರು ತಕ್ಕ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಲಭ್ಯವಿದ್ದರೂ ಸಾಮಾನ್ಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಹಾಗೂ ಇನ್ನಿತರ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸಮರ್ಪಕ ತಜ್ಞರ ಕೊರತೆ ಇದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ತಜ್ಞರ ಅನುಪಾತದಲ್ಲಿ ಅಸಮತೋಲನವನ್ನು ನಾವು ಗುರುತಿಸಬಹುದು.

ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಅಧಿಕವಾಗಿದ್ದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಜನರು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಬಹಳ ದೂರವನ್ನು ಕ್ರಮಿಸಬೇಕಾದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯು ನಿರ್ಮಾಣವಾಗಿದೆ. ಇತರೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಕೊರತೆಯು ಎದ್ದು ಕಾಣುತ್ತಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ೧೦,೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಬ್ಬ ದಾದಿಯರಿದ್ದು, (೧೭.೧%), ದಕ್ಷಿಣ ಆಫ್ರಿಕಾದಲ್ಲಿ ೫೧.೧%ರಷ್ಟಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ೧೦೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಬ್ಬ ವೈದ್ಯರು ಲಭ್ಯವಿದ್ದು(೭.೦%), ಕೆನಡಾ(೨೦.೭%), ಫ್ರಾನ್ಸ್ (೩೧.%), ಸ್ವಿಜರ್ಲೆಂಡ್ (೪೦.%), ಯು.ಕೆ(೨೮.೧%)ಹಾಗೂ ಯು.ಎಸ್.ಎ(೨೪.೫%) ದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದೆ.[೬೦]

ಭಾರತದ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಕೊರತೆಯು ಬಹಳ ದೊಡ್ಡ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ದಾದಿಯರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ೫.೨೧%ರಷ್ಟಿದ್ದು, ಬೇರೆ ಬೇರೆ ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಈ ಪ್ರಮಾಣಗಳಲ್ಲಿ ಬಹಳಷ್ಟು ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಬಹುದು. ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಇಳಿಕೆಯಾಗಿರುವುದು ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಗುಜರಾತ್, ಕರ್ನಾಟಕ, ರಾಜಸ್ಥಾನ, ತಮಿಳುನಾಡು, ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ ಈ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಎದುರಿಸುತ್ತಿವೆ.

ಪುರುಷ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ದೇಶವು ೬೩.೮%ರಷ್ಟು ಕೊರತೆಯನ್ನು ದೇಶವು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರ ಹಾಗೂ ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಬಹಳಷ್ಟು ಹುದ್ದೆಗಳು ಭರ್ತಿಯಾಗದೇ ಉಳಿದಿವೆ. ಉದಾ: ದೇಶದಲ್ಲಿ ಮಂಜೂರಾದ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಹುದ್ದೆಗಳಲ್ಲಿ ೧೦.೫%ರಷ್ಟು ಹುದ್ದೆಗಳು ಇನ್ನೂ ಭರ್ತಿಯಾಗಬೇಕಾಗಿದೆ. ಹಾಗೂ ಮಂಜೂರಾದ ಒಟ್ಟು ಹುದ್ದೆಗಳಲ್ಲಿ ೪೦.೭%ರಷ್ಟು ಪುರುಷ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಹುದ್ದೆಗಳು ಖಾಲಿ ಇವೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿ ೪೧.೯%ರಷ್ಟು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ, ೪೬.೯% ಪುರುಷ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರ ಮತ್ತು ೨೭.೦%ರಷ್ಟು ವೈದ್ಯರ ಕೊರತೆಯನ್ನು ದೇಶವು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಎದುರಿಸುತ್ತಿದೆ.[೬೧]

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಒಟ್ಟು ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ೫.೩%ರಷ್ಟು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಮತ್ತು ೪೬.೫%ರಷ್ಟು ಪುರುಷ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಲಭ್ಯತೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ೨೦೧೫ ಮತ್ತು ೨೦೦೫ರ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ೨೦೦೫ರಲ್ಲಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ೧,೩೩,೯೪೪ ಇದ್ದು, ಇದು ೨೦೧೫ರಲ್ಲಿ ೨,೧೨,೧೮೫ಕ್ಕೆ ಏರಿಕೆಯಾಗಿದೆ. (೫೯.೩%) ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಅಸ್ಸಾಂನಲ್ಲಿ ೦.೬೧%ರಷ್ಟು ಏರಿಕೆಯಾಗಿದ್ದು, ಗುಜರಾತ್‌ನಲ್ಲಿ

೦.೦೭%, ಹರಿಯಾಣದಲ್ಲಿ ೦.೭೫%, ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ೦.೦೫%, ಕೇರಳದಲ್ಲಿ ೦.೪೨%, ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶ ೦.೩೩%, ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ ೦.೫೮%, ಒಡಿಸ್ಸಾ ೦.೨೨%, ಪಂಜಾಬ್ ೦.೬೭, ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ ೦.೩೧% ಹಾಗೂ ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಲ ೧.೦೬%ರಷ್ಟು ಏರಿಕೆಯಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಇದು ರಾಜಸ್ಥಾನ, ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶ, ತಮಿಳುನಾಡಿನಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಇಳಿಮುಖವಾಗುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಬಹುದು. (೨೦೧೫ ಮತ್ತು ೨೦೧೫ರ ಜನಗಣತಿ). ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿದ್ದ ತಜ್ಞರ ಸಂಖ್ಯೆ (೨೦೦೫) ೩,೯೫೩, ೫,೮೫೮(೨೦೧೨), ೪,೦೭೮(೨೦೧೫), ೨೦೧೨-೨೦೧೫ಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ೨೨.೨%ರಷ್ಟು ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಇಳಿಕೆಯನ್ನು ನಾವು ಗುರುತಿಸಹುದು. ಇದು ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಕ್ರಮವಾಗಿ ೬೯೪(೨೦೦೫ರಲ್ಲಿ), ೪೯೫(೨೦೧೨ರಲ್ಲಿ), ೫೦೨ಇದೆ (೨೦೧೫ರಲ್ಲಿ). ಇದು ೨೦೦೫ರ ಇಸವಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದಾಗ ೧೫.೪%ರಷ್ಟು ಇಳಿಕೆಯಾಗಿರುವುದನ್ನು ಕಾಣಬಹುದು. ಇತರ ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಈ ಇಳಿಕೆ ಪ್ರಮಾಣವು ಅತೀ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದ್ದು, ಕೇರಳದಲ್ಲಿ ೯೫.೬%ರಷ್ಟು, ಗುಜರಾತ್‌ನಲ್ಲಿ ೯೪.೨%ರಷ್ಟು, ಹರಿಯಾಣದಲ್ಲಿ ೯೩.೧%ರಷ್ಟು, ಪಶ್ಚಿಮ ಬಂಗಾಳದಲ್ಲಿ ೯೧.೮%ರಷ್ಟಿದೆ.

ಭಾರತಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ೨೫,೩೦೮ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದು ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಶೇ. ೭೦ರಷ್ಟು ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಕೋಣೆಗಳು, ಶೇ. ೩೦ರಷ್ಟು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿಗಳು ಹಾಗೂ ೭೦.೩೩%ರಷ್ಟು ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ೪ ಹಾಸಿಗೆಯುಳ್ಳ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇದೆ. ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿಯೂ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹಲವಾರು ಅಸಮತೋಲನಗಳನ್ನು ನಾವು ಗುರುತಿಸಬಹುದು.[೨]

ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಪ್ರಮುಖ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವಾದ ದಾದಿಯರ ಬಗ್ಗೆ ಗಮನವನ್ನು ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಿದ್ದು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅವರ ಪಾತ್ರದ ಕುರಿತಂತೆ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

೧.೨. ಸಮಸ್ಯೀಕರಣ

ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಸ್ತುತತೆಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುವ ಮೂಲಕ ಸಮಸ್ಯೀಕರಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯವೇ ಭಾಗ್ಯ ಎಂಬ ಪ್ರತೀತಿಯಂತೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೂಲಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಇಲ್ಲಿ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದ್ದು, ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ದಾದಿಯರ ಕುರಿತಾದ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಿ ನಡೆಸಲಾದ ಈ ಸಂಶೋಧನಾ ಪ್ರಬಂಧವು ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿನ ದಾದಿಯರ ಕುರಿತಾದ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ವಿಶೇಷ ಒತ್ತು ಕೊಟ್ಟಿದೆ.

ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ವಿವಿಧ ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದರೆ ವರಮಾನ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಿಂದ ಹಿಡಿದು ಇತ್ತೀಚಿನ ಮಾನವ ಸ್ವಾಭಿಮಾನಿಯಾಗಿ ಬದುಕುವವರೆಗಿನ ಪ್ರತೀ ಹಂತಗಳು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ

ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ವಿಶೇಷವಾದುದೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದಾಗಿದೆ. ಮಾನವಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಣಾಳಿಕೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಶಿಕ್ಷಣ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಜೀವನಮಟ್ಟವನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವ ಪರಿಪಾಠವು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಚಿಂತನೆಯಲ್ಲಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯೂ ತನ್ನ ಜನನಾ ನಂತರ ಪಡೆಯುವ ಉತ್ತಮ ಶಿಕ್ಷಣ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ದೇಶದ ಉತ್ಪಾದಕತೆಯನ್ನು ವೃದ್ಧಿಸುತ್ತದೆ ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೇ, ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೂ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲದ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ನೂರಾರು ವರ್ಷ ಬದುಕಿದರೂ ಏನೂ ಪ್ರಯೋಜನವಿಲ್ಲ. ಹೀಗಾಗಿ, ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯ ದೊರಕುವಿಕೆ ಹಾಗೂ ಅದನ್ನು ತಮ್ಮದಾಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಹಕ್ಕುದಾರಿಕೆಯು ಬಹಳ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿದೆ. ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್‌ರವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವೂ ಈ ಕುರಿತಾಗಿಯೇ ಇದ್ದು, ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವೂ ಬಹಳ ಮುಖ್ಯವಾಗಿದ್ದು, ಅದನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಬೇಕಾಗುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಹಾಗೂ ದೊರಕುವ ಅವಕಾಶಗಳ ಸದುಪಯೋಗವೂ ಬಹಳ ಮುಖ್ಯ. ಇತ್ತೀಚಿನ ಹಲವಾರು ಮಾನವಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಕೇಂದ್ರಿತ ಚಿಂತನೆಗಳು, ಸಮಾಜದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಥವಾ ಒಂದು ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯೊಡನೆ ಸಂಯೋಗ ಹೊಂದಿರುವುದನ್ನು ಒಮ್ಮತದಿಂದ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿವೆ. ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್‌ರವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯದಲ್ಲಿ, ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವೇ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ. ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವೆಂದರೆ ಜನರಿಗೆ ಆಯ್ಕೆ ಮತ್ತು ಹಕ್ಕುದಾರಿಕೆಗೆ ಇರುವ ಅವಕಾಶಗಳು. ಇವುಗಳ ವೃದ್ಧಿಯೇ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಾಗಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮೇಲೆ ಹೇಳಿದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಅವಲೋಕಿಸಿದರೆ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಾನಂತರದ ಕಾಲಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಭಾರತವು ತನ್ನ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಪರಿಹಾರದ ಕುರಿತಂತೆ ವಿಶೇಷ ಒತ್ತನ್ನು ನೀಡುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿದ್ದರೂ, ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೂ ಅಧಿಕ ಗಮನವನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿತ್ತು. ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಬೋರ್ ಕಮಿಟಿಯ ಶಿಫಾರಸ್ಸಿನಿಂದ ಅನುಮೋದಿಸಲಾದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ದೇಶದಾದ್ಯಂತ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ತಾಲೂಕು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳೂ ಹಾಗೂ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲು ತೀರ್ಮಾನಿಸಲಾಯಿತು. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ರಚನಾ ಶಿಸ್ತನ್ನು ಗಮನಿಸುವುದಾದರೆ ಪ್ರತಿ ೫೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದು ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು (ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಹಾಗೂ ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಪ್ರತೀ ೩೦೦೦ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ) ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದ್ದು, ಇಲ್ಲಿ ಓರ್ವ ಮಹಿಳಾ ಹಾಗೂ ಓರ್ವ ಪುರುಷ ದಾದಿಯು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕು (ಪ್ರಸ್ತುತ ಎನ್.ಆರ್.ಎಚ್.ಎಂ.ನ ಅನ್ವಯ ಒಬ್ಬ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ದಾದಿಯನ್ನು ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ನೇಮಿಸುವ ಅವಕಾಶವಿದೆ).

ಪ್ರತೀ ೩೦,೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವು (ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತೀ ೨೦,೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ) ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕು. ಇದು ಒಬ್ಬ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ, ಹದಿನಾಲ್ಕು ಪ್ಯಾರಾಮೆಡಿಕಲ್ ಹಾಗೂ ಇತರ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರ್ಗವನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕು

(ಎನ್.ಆರ್.ಎಚ್.ಎಂ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಎರಡು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ದಾದಿಯರನ್ನು ನೇಮಿಸುವ ಅವಕಾಶವಿದೆ). ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಕೆಳಗಡೆ ಐದರಿಂದ ಆರು ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು ಇದ್ದು, ನಾಲ್ಕರಿಂದ ಆರು ಬೆಡ್‌ಗಳನ್ನು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವು ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕು.

ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರದ ಎಂ.ಎನ್.ಪಿ ಅಥವಾ ಬಿ.ಎಂ.ಎಸ್ ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿದ್ದು ೧,೨೦,೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವಿರುತ್ತದೆ (ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ೮೦,೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ). ಇದು ನಾಲ್ಕು ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರು (ಫಿಶಿಷಿಯನ್, ಸರ್ಜನ್, ಗೈನಕಾಲಜಿಸ್ಟ್ ಮತ್ತು ಪೀಡಿಯಾಟ್ರಿಶಿಯನ್), ೨೧ ಪ್ಯಾರಾಮೆಡಿಕಲ್ ಹಾಗೂ ಇತರ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರ್ಗಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕು. ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಕನಿಷ್ಠ ೩೦ ಹಾಸಿಗೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕು ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೇ, ಆಪರೇಷನ್ ಥಿಯೇಟರ್, ಎಕ್ಸ್-ರೇ, ಹೆರಿಗೆ ಕೋಣೆ ಹಾಗೂ ಲ್ಯಾಬೋರೇಟರಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕು.

ಮೊದಲ ಉಲ್ಲೇಖಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಘಟಕಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ಉಪವಿಭಾಗೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಹಾಗೂ ತಾಲೂಕು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿದ್ದು, ಇವು ದಿನದ ೨೪ ಗಂಟೆಯೂ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವಂತಿರಬೇಕು. ಅಲ್ಲದೇ ಅತೀ ಕ್ಲಿಷ್ಟ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ರಕ್ತನಿಧಿಗಳು, ಶಿಶುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಹಾಗೂ ತುರ್ತುಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕು. ಪ್ರತೀ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಒಂದು ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡು ಜನರ ಬೇಡಿಕೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಕನಿಷ್ಠ ೫೦೦ ಹಾಸಿಗೆಗಳನ್ನಾದರೂ ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕು.

ಸರಕಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜು ಹಾಗೂ ಸಂಶೋಧನಾ ಕೇಂದ್ರಗಳು ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರದ ಆಡಳಿತಕ್ಕೊಳಪಟ್ಟಿದ್ದು (ಎ.ಐ.ಎಂ.ಎಸ್ ಮತ್ತು ಎ.ಐ.ಐ.ಎಂ.ಎಸ್), ವಿಶೇಷ ಸವಲತ್ತು ಹಾಗೂ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿವೆ. ಇವು ತೀವ್ರ ಸ್ವರೂಪದ ಖಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತವೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಮಹತ್ವ ಹಾಗೂ ಪೂರೈಕೆ ಕುರಿತಂತೆ ಗಮನಹರಿಸಿದ್ದು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಮಹತ್ವದ ಬಗ್ಗೆ ಗಮನಹರಿಸಿದೆ. ದಾದಿಯು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಅತ್ಯಮೂಲ್ಯ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ವಾಗಿದ್ದು, ಅವಳ ಪಾತ್ರದ ಕುರಿತಂತೆ ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನವು ಬೆಳಕು ಚೆಲ್ಲಿದೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಹಾಗೂ ಉಡುಪಿ ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಯನ್ನು ಕರ್ನಾಟಕಕ್ಕೆ ಮಾದರಿಯಾಗಿ ಹೇಳುವ ಪರಿಪಾಠವು ಸಾಗಿಬಂದಿದೆ. ಸಾಕ್ಷರತೆ, ಆರೋಗ್ಯ, ವಲಸೆ, ದಲಿತರ ಸ್ಥಿತಿಗತಿ, ಬ್ಯಾಂಕಿಂಗ್ ಮತ್ತಿತರ ಸೇವಾವಲಯದಲ್ಲಿನ ಪ್ರಗತಿ ಹಾಗೂ ಲಿಂಗಾನುಪಾತ ಇವು ಕರ್ನಾಟಕದ ಸರಾಸರಿಗೆ ಸಾಕ್ಷಿಯಾದಂತಿದೆ. ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ ಹೊರತುಪಡಿಸಿದರೆ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಹಾಗೂ ಉಡುಪಿ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ಆಯಾಮಗಳಲ್ಲೂ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿಯೇ ಮುಂದಿವೆ. ಬುದ್ಧಿವಂತರ ನಾಡೆಂಬ ಕೀರ್ತಿಯನ್ನು ಪಡೆದ

ಈ ಅವಳಿ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣದ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿಯೂ ಮುಂದಿವೆ. ಅದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ವಿಚಾರವನ್ನು ನಾವು ಬಿಡಿಬಿಡಿಯಾಗಿ ನೋಡಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ ಇದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಎನ್ನುವುದು ಒಂದು ಅಖಂಡವಾದ ಕಲ್ಪನೆಯೆಂಬಂತೆ ಪರಿಭಾವಿಸಿಕೊಂಡಂತಿದೆ. ಆದರೆ ಅದನ್ನು ದಕ್ಕಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಅದರ ನಿಯೋಗಗಳ ಪಾತ್ರವು ಏಕರೂಪಿಯಾಗಿಲ್ಲ, ಆಗಿರಲೂ ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ, ಶ್ರೀಮಂತರು ಹೈಟೆಕ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಪಡೆಯುವ ಐಷಾರಾಮಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೂ, ಬಣ್ಣ ಮಾಸಿದ ಬಟ್ಟೆ, ದೈನ್ಯ ಮುಖವನ್ನು ಹೊತ್ತು, ನಿಸ್ತೇಜ ಕಣ್ಣುಗಳಿಂದ ಸಹಾಯಕ್ಕಾಗಿ ಹುಡುಕಾಡುವ ಓರ್ವ ಬಡವನು ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಪಡೆಯುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೂ ಬಹಳಷ್ಟು ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿದೆ. ಬಡವರು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗುವ ಸಂದರ್ಭಗಳೇ ಹೆಚ್ಚು. ಹಾಗೆಯೇ ಮಹಿಳೆಯರು, ಮಕ್ಕಳು ಹಾಗೂ ಬುಡಕಟ್ಟು ವರ್ಗಗಳನ್ನು ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವಂಚಿತರಾದ ವರ್ಗಗಳೆಂದು ಕರೆದರೆ ತಪ್ಪಾಗಲಾರದು. ಸರಕಾರದಿಂದ ರೂಪಿತವಾದ ಯೋಜನೆಗಳು ಏಕರೂಪದ ಫಲಗಳನ್ನು ನೀಡದಿರುವುದು ಸಮಾಜದಲ್ಲಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಅಸಮಾನತೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ ಯೆಂದರೆ ತಪ್ಪಾಗಲಾರದು. ಸಮರ್ಪಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಜನರಿಗೆ ಒದಗಿಸಲು ನೀಡುಗರ ಪಾತ್ರವೂ ಬಹಳ ಮುಖ್ಯ.

ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರದ ಕುರಿತು ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಶೇ. ೯೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರೇ ಆಗಿರುವ ದಾದಿಯರ ವಿಭಿನ್ನ ಪಾತ್ರದ ಕುರಿತು, ಸಮುದಾಯವಾರು ಇಲ್ಲವೇ ಜಾತಿವಾರು, ಲಿಂಗವಾರು ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯಾವುದಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ? ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಗತಿಯನ್ನು ತಮ್ಮದಾಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಯಾವೆಲ್ಲಾ ಕಷ್ಟಕಾರ್ಪಣ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಾರೆ? ಇದರಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಕರ್ತವ್ಯನಿರತ ಮನೋಭಾವವೇನು? ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೇವೆಯ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಖಾಸಗಿ ಬದುಕು ವಿಮುಖವಾಗುತ್ತಿದೆಯೇ? ಕರ್ತವ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಉಂಟಾಗುವ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಗಳು, ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ಶೋಷಣೆಗೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಾರೆಯೇ? ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಹಾಗೂ ಇನ್ನಿತರ ಒತ್ತಡಗಳಿಂದ ದಾದಿಯರ ಮಾನಸಿಕ ಸ್ಥೈರ್ಯ ಕುಸಿಯುತ್ತಿದೆಯೇ? ಎಂಬಿತ್ಯಾದಿ ಸಂಗತಿಗಳು ಸಂಶೋಧನಾಸಕ್ತ ವಿಷಯಗಳಾಗಿವೆ. ಇವುಗಳನ್ನು ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಅಥವಾ ಸಂವೇದನಾಶೀಲ ವಿಚಾರವೆಂದು ದಾದಿಯರ ಖಾಸಗಿತನವನ್ನು ಪ್ರಶ್ನಿಸುವಂತಿಲ್ಲ. ಅವರ ಕರ್ತವ್ಯ ಪ್ರಜ್ಞೆಯಲ್ಲಿ ಈ ವಿಚಾರಗಳಿಗೂ ಹಾಗೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಜೀವನಕ್ಕೂ ಸಂಬಂಧವಿರುವುದರಿಂದ ಇದು ಅವರ ಮಾನಸಿಕ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಸಂಭವ ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ಈ ದಿಶೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಸೇವಾನಿರತ ಕೈಂಕರ್ಯದ ಕುರಿತ ವಿವಿಧ ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಶೋಧಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಈ ಕಾರಣದಿಂದ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೈಗೊಂಡಿದ್ದು "ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರ : ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ" ಎಂಬ ವಿಚಾರದೊಡನೆ ಸಂಶೋಧನೆಯನ್ನು ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಬಿಕ್ಕಟ್ಟಿನ ನಿಯಮಾವಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಸಂಗತಿಗಳಿವೆಯೆ? ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ವೈದ್ಯರು ಹಾಗೂ ದಾದಿಯರು ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದ್ದಾರೆಯೇ? ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಕೊರತೆ ಎದುರಿಸುತ್ತಿವೆಯೇ? ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಸೇವೆ ಕಡ್ಡಾಯಗೊಳಿಸಿದ್ದರೂ ನಾಮಕಾವಸ್ಥೆಗೆ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆಯೇ? ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿನ ದಾದಿಯರ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ಹಾಗೂ ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳೇನು? ಎನ್ನುವುದರ ಕುರಿತಾಗಿ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಂತೆಯೇ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿರುವ ದಾದಿಯರ ಮನದಾಳದ ಮಾತುಗಳಲ್ಲಿನ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಕುರಿತಂತೆ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತೆ ಸಮಸ್ಯೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ:

೧. ದಾದಿಯರ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿನ ಒತ್ತಡಗಳಿಗೆ ಕಾರಣಗಳೇನು?

೨. ದಾದಿಯರು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಸಬಲರಾಗಿದ್ದಾರೆಯೇ? ವೇತನವು ಸರಿಯಾಗಿ ದೊರಕುತ್ತಿದೆಯೇ?

೩. ಮಕ್ಕಳು ಮತ್ತು ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ಆರೈಕೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಎದುರಾಗುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳೇನು ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಯಾವ ರೀತಿಯಾಗಿ ಪರಿಹರಿಸುತ್ತಾರೆ?

೪. ಹೆಚ್ಚಿನದಾಗಿ ಸೇವಾಕೈಂಕರ್ಯದ ಮನೋಭಾವದಿಂದ ಸೇರಿದ ಉದ್ಯೋಗವನ್ನು ಬಿಡುವಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಎದುರಾಗಿದೆಯೇ? ಹಾಗಾಗಲು ಸಂದರ್ಭಗಳು ಮತ್ತು ಪರಿಣಾಮಗಳೇನು?

೫. ಕಡುಬಡವರ ಹಾಗೂ ನಿರ್ಗತಿಕರ ಆರೈಕೆಗೆ ಏನಾದರೂ ಕ್ರಮಗಳಿವೆಯೇ?

೬. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ವೈಫಲ್ಯತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸರಕಾರದ ಕಡೆಗೆ ಬೆಟ್ಟು ಮಾಡುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಏನು?

೭. ದಾದಿಯರ ಮಾನಸಿಕ ಸ್ಥಿತಿಗತಿ, ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿನ ದೌರ್ಜನ್ಯಗಳು ಹಾಗೂ ಪರಿಹಾರೋಪಾಯಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ಸಮಾಲೋಚನೆಗಳು

ವೃತ್ತಿನಿರತ ದಾದಿಯಾಗಿ ದಿನನಿತ್ಯವೂ ಎದುರಿಸುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಒಂದು ತಾರ್ಕಿಕ ಅಂತ್ಯ ಹಾಗೂ ಪರಿಹಾರೋಪಾಯಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸುವ ಅಗತ್ಯವೂ ಇದೆ. ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನ ಕೈಗೊಂಡ ವಿಷಯದ ಕುರಿತಂತೆ ಇದೊಂದು ಉತ್ತಮ ಸಂಶೋಧನಾ ಗ್ರಂಥವಾಗಬಹುದು, ದಾದಿಯರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಹಾಗೂ ನೀತಿನಿರೂಪಣಾ ಕಾರ್ಯಗಳಿಗೆ ಒತ್ತು ನೀಡಬಹುದೆಂದು ಆಶಿಸಲಾಗಿದೆ.

೧.೩. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು

ಶುಶ್ರೂಷೆಯು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಅವಿಭಾಜ್ಯ ಅಂಗವಾಗಿದೆ. ಇದು ಎಲ್ಲಾ ವಯಸ್ಸಿನ ಜನರ ದೈಹಿಕ ಅನಾರೋಗ್ಯ, ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ಹಾಗೂ ಅಂಗವಿಕಲರ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಈ ವಿಶಾಲವಾದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಒಂದು

ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾದ ಸ್ಥಾನಮಾನವಿದೆ. ಶುಶ್ರೂಷೆಯು ಎಲ್ಲಾ ವಯಸ್ಸಿನ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, ಕುಟುಂಬಗಳು, ಗುಂಪುಗಳು ಹಾಗೂ ಸಮುದಾಯಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಶುಶ್ರೂಷೆಯು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಉತ್ತೇಜನವನ್ನು ನೀಡುವುದರೊಂದಿಗೆ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವುದು, ಸುರಕ್ಷಿತ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುವುದು, ಸಂಶೋಧನೆ, ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಶಿಕ್ಷಣ ಇವುಗಳು ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶಗಳು ಹಾಗೂ ಪಾತ್ರಗಳಾಗಿವೆ.[೬]

ದಾದಿಯರ ವಿಶೇಷವಾದ ಕಾರ್ಯವೆಂದರೆ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ದೈಹಿಕ ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಚೇತರಿಕೆಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುವುದು. ಒಬ್ಬ ದಾದಿ ಎಂದರೆ ಶುಶ್ರೂಷೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿದ ಹಾಗೂ ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ಅಭ್ಯಾಸಮಾಡಲು ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದಿಂದ ಅಧಿಕಾರ ಹೊಂದಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಶುಶ್ರೂಷಾ ವಿಜ್ಞಾನಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಸುಧಾರಿತ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಈ ಉತ್ತಮವಾದ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ದಾದಿಯರಿಗೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಈ ಶಿಕ್ಷಣವು ಹಲವಾರು ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಎಲ್ಲಾ ವಯಸ್ಸಿನ ಹಾಗೂ ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯ ರೋಗಿಗಳ ಸೇವೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಮಾಡುವುದು, ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ತಂಡದ ಸದಸ್ಯರಾಗಿ ಭಾಗವಹಿಸುವುದು, ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ, ಸೂಕ್ತ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದು ಹಾಗೂ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿ ಕೊಳ್ಳುವುದು.[೭]

ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳು:

ಶುಶ್ರೂಷೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಕ್ಷೇತ್ರ ಹಾಗೂ ವಿಶೇಷತೆಗಳು ಏನೇ ಇದ್ದರೂ ಎಲ್ಲಾ ದಾದಿಯರು ಒಂದೇ ರೀತಿಯ ಶುಶ್ರೂಷೆ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಬಳಸುತ್ತಾರೆ. ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳು ಸರಳವಾದ ೫ ಹಂತಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿವೆ. ಇದು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಅತ್ಯುತ್ತಮವಾದಆರೈಕೆಯನ್ನು ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿವೆ. ಈ ಹಂತಗಳು ಯಾವುದೆಂದರೆ:

೧. ಅಧ್ಯಯನ: ದಾದಿಯರು ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳ ಶಾರೀರಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಜೀವನ ಶೈಲಿಯ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ನಡೆಸುವುದು.

೨. ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ: ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯ ದೈಹಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಹಾಗೂ ರೋಗಿಯ ನಡವಳಿಕೆ ಎರಡನ್ನೂ ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಗಮನಿಸಿ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯವನ್ನು ಮಾಡುವುದು.

೩. ಫಲಿತಾಂಶಗಳು: ರೋಗಿಯ ಚೇತರಿಕೆಗೆ ಬೇಕಾದ ಆರೈಕೆಗೆ ಅನುಸಾರವಾಗಿ ತಮ್ಮ ಕೌಶಲ್ಯವನ್ನು ಬಳಸುವ ಮೂಲಕ ಹಾಗೂ ರೋಗಿಯ ನಂತರದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ಗಮನಿಸುವುದು.

೪. ಅನುಷ್ಠಾನ: ದಾದಿಯು ರೋಗಿಯ ಆರೈಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ನಿಖರವಾದ ಹಾಗೂ ಸ್ಪಷ್ಟವಾದ ಒಂದು ಯೋಜನೆಯನ್ನು ರೂಪಿಸಿ ರೋಗಿಯ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಗಮನಿಸುವುದುಮತ್ತು ರೋಗಿಯ ಆರೈಕೆಯ ಸ್ಥಿರತೆಯನ್ನು ಖಾತರಿಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು.

೫. ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ: ದಾದಿಯರು ರೋಗಿಯ ಆರೈಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ರೋಗಿಯ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವುದು ಹಾಗೂ ರೋಗಿಯ ಉತ್ತಮ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಸಾಧಿಸುವ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು.[೬]

ದಾದಿಯರು ರಾಷ್ಟ್ರದ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಪ್ರಮುಖ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವಾಗಿದ್ದಾರೆ. ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರಗಳು ರೋಗಿಗಳ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಮಾಡುವುದರೊಂದಿಗೆ ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ನಿರ್ವಹಣೆ, ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ನೀಡುವುದು ಹಾಗೂ ಸಂಕೀರ್ಣ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಆರೈಕೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ದೇಶಿಸುವ ಮೂಲಕ ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗೆ ಉತ್ತಮ ಕೊಡುಗೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತಾರೆ.

ಶುಶ್ರೂಷೆಯು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದೊಳಗಿನ ಒಂದು ವೃತ್ತಿಯಾಗಿದ್ದು, ಇಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರನ್ನು ರೋಗಿಗಳ ಆರೈಕೆ, ತರಬೇತಿ ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆಇತರ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ನೀಡುಗರಿಂದ ದಾದಿಯರನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಬಹುದು. ಏಕೆಂದರೆ ದಾದಿಯರು ತನ್ನ ಕಾರ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ವಿಶೇಷತೆಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡ ಒಂದು ಸಂಪನ್ಮೂಲವಾಗಿದ್ದು, ವೈದ್ಯರ ಆದೇಶದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಈ ಶಕೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಶಿಕ್ಷಣವು ಹಲವು ವೈವಿಧ್ಯೀಕರಣದ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದೆ ಎಂಬುದಾಗಿ ಹೇಳಬಹುದು.[೭]

ದಾದಿಯರ ವೃತ್ತಿಯು ಸಹಭಾಗಿತ್ವದ ವಿಶೇಷತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು, ಚಿಕಿತ್ಸಕರು, ರೋಗಿಗಳು, ರೋಗಿಗಳ ಕುಟುಂಬದವರು ಹಾಗೂ ಇತರ ತಂಡಗಳಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಕರ್ತವ್ಯವನ್ನು ಪೂರೈಸುತ್ತಾರೆ. ದಾದಿಯರ ಈ ಸೇವೆಯು ರೋಗಿಗಳ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವುದರ ಮೂಲಕ ಅವರ ಜೀವನದ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುವುದಾಗಿದೆ.[೮]

ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಇತಿಹಾಸಕಾರರು ಪ್ರಾಚೀನ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಪೀಡಿತರಿಗೆ ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆಯೇ ಇಲ್ಲವೇ ಎಂಬುದನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಗೊಂದಲವನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಕ್ರಿ.ಪೂ. ೫ನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿನ ಹಿಪೋಕ್ರೆಟಿಕ್ ಸಂಗ್ರಹವು ನುರಿತ ಪುರುಷ 'ಪರಿಚಾರಕ'ರ ಕುರಿತಂತೆ ವಿವರಿಸುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ಇತಿಹಾಸಕಾರರ ಪ್ರಕಾರ ಈ ಪರಿಚಾರಕರು ಶುಶ್ರೂಷಾ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಆರಂಭಿಕ ಹಂತದ ದಾದಿಯರಾಗಿರಬಹುದು ಎಂದು ಊಹಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕ್ರಿ.ಪೂ. ೬೦೦ರ ಸುಮಾರಿಗೆ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಸಂಹಿತದ(ಭಾಗ-೩), ಅಧ್ಯಾಯ ೫ರಲ್ಲಿ ದಾದಿಯ ಪಾತ್ರದ ಬಗ್ಗೆ

ವಿವರಿಸಲಾಗಿದ್ದು,"ದೇಹದ ಆಗಮ ರಚನಾ ಶಾಸ್ತ್ರದಲ್ಲಿ ಪಾರಂಗತರಾದ ಇವರು ದೇಹದ ವಿವಿಧ ಭಾಗಗಳು ಹಾಗೂ ಧರ್ಮವನ್ನು ಸೇರಿಸುವ ಅಂಗರಚನಾ ಶಾಸ್ತ್ರದ ಬಗ್ಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಪಡೆಯಬೇಕು" ಎಂಬ ಉಲ್ಲೇಖವು ದಾದಿಯರ ಅಸ್ತಿತ್ವವನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ.[೬೮]

ಆಧುನಿಕ ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಮೊದಲು ಸನ್ಯಾಸಿಗಳು ಮತ್ತು ಸನ್ಯಾಸಿನಿಗಳಂತಹ ಧಾರ್ಮಿಕ ಪುರುಷರು ಶುಶ್ರೂಷೆಯಂತಹ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಜನರಿಗೆ ಒದಗಿಸುತ್ತಿದ್ದರು. ಉದಾ: ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್, ಇಸ್ಲಾಮಿಕ್ ಮತ್ತು ಬೌದ್ಧ ಸಂಪ್ರದಾಯಗಳಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ರೋಮನ್ನರ ಜೀವನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅನೇಕ ದಾಖಲೆಗಳಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಕುರಿತಂತೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇಂದು ಆಧುನಿಕ ಶುಶ್ರೂಷೆಯು ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದ್ದರೂ ಅದು ಹಿಂದಿನ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ, ಧಾರ್ಮಿಕ ಚೌಕಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಬೆರೆತು ಹೋಗಿದೆ. ಇದು ಅನೇಕ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಇಂದಿಗೂ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿದೆ. ಉದಾ: ದಾದಿಯನ್ನು "ಸಹೋದರಿ" ಎಂಬ ಹೆಸರಿನಿಂದ ಕರೆಯುವುದು ಇಂದಿಗೂ ರೂಢಿಯಲ್ಲಿದೆ.

೧೬ನೇ ಶತಮಾನದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನಡೆದಂತಹ ಹಲವಾರು ಸುಧಾರಣಾ ಕ್ರಮಗಳಿಂದ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯು ಸುಮಾರು ೨೦೦ವರ್ಷಗಳ ಕಾಲ ದೊಡ್ಡ ಹಿನ್ನಡೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ, ಈ ಕಾಲಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಹಲವು ಪ್ರೊಟೆಸ್ಟೆಂಟ್ ಸುಧಾರಕರು ಮಠಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಕಾನ್ವೆಂಟ್‌ಗಳನ್ನು ಮುಚ್ಚಿಸುವುದರ ಮೂಲಕ ದಾದಿಯರಾಗಿ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಸನ್ಯಾಸಿನಿಗಳಿಗೆ ಮದುವೆಯಾಗಿ ಮನೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಇರಬೇಕೆಂಬ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಹೇರಿದರು.

೧೯ನೇ ಶತಮಾನ:

ಆಧುನಿಕ ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ೧೯ನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭವಾಯಿತೆಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಫ್ಲೋರೆನ್ಸ್ ನೈಟಿಂಗೇಲ್ ಆಧುನಿಕ ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಭಾವಶಾಲಿಯಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಶುಶ್ರೂಷೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ "ಮೊದಲ ನರ್ಸ್ ಸಿದ್ಧಾಂತಿ" ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ನೈಟಿಂಗೇಲ್ ಅವರು ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಪರಿಸರದ ೫ ಅಂಶಗಳೊಂದಿಗೆ ಜೋಡಿಸಿದರು. ಅವೆಂದರೆ ಶುದ್ಧ ಗಾಳಿ, ಶುದ್ಧ ನೀರು, ಶುದ್ಧ ಒಳಚರಂಡಿ, ಬೆಳಕು ಮತ್ತು ಸ್ವಚ್ಛತೆ. ಈ ೫ ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿನ ನ್ಯೂನತೆಗಳು ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಎಂಬುವುದು ನೈಟಿಂಗೇಲ್ ಅವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವಾಗಿತ್ತು. ಶುಶ್ರೂಷಾ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಶಿಕ್ಷಣದ ಪಾತ್ರ ಹಾಗೂ ಮಹತ್ವವನ್ನುಪ್ರಪ್ರಥಮವಾಗಿ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿದ ಕೀರ್ತಿ ನೈಟಿಂಗೇಲ್‌ರವರಿಗೆ ಸಲ್ಲುತ್ತದೆ. ಇವರು ಕ್ರಿಮಿಯನ್ ಯುದ್ಧದ(೧೮೫೪) ನಂತರ ವೃತ್ತಿಪರ ಶುಶ್ರೂಷೆಗೆ ಭದ್ರ ಅಡಿಪಾಯವನ್ನು ಹಾಕುವುದರ ಮೂಲಕ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಹೊಸ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನವನ್ನು ಬರೆದರು.

ನೈಟಿಂಗೇಲ್ ಅವರು ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಮೇಲೆ ಬರೆದ ಹಲವಾರು ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು(೧೮೫೯) ಅತ್ಯಂತ ಜನಪ್ರಿಯವಾಯಿತು. ೧೮೬೦ರಲ್ಲಿ ಮೊದಲ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಶಾಲೆಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವ ಮುಖಾಂತರ ಆಧುನಿಕ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಹೊಸ ಹಾದಿಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದರು. ತದನಂತರ

'ಲಿಂಡಾ ರಿಚರ್ಡ್ಸ್' ಅವರು ಯುನೈಟೆಡ್ ಸ್ಟೇಟ್ಸ್ ಮತ್ತು ಜಪಾನ್‌ನಲ್ಲಿ ಗುಣಮಟ್ಟದ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಶಾಲೆಗಳನ್ನು ತೆರೆಯುವುದರೊಂದಿಗೆ ವೃತ್ತಿಪರವಾಗಿ ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ಮೊದಲ ದಾದಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿದರು.[೪]

೨೦ನೇ ಶತಮಾನ:

೧೯೦೦ರ ದಶಕದ ಆರಂಭದಲ್ಲಿ ನೈಟಿಂಗೇಲ್ ಮಾದರಿಯ ಶಾಲೆಗಳು ಕಣ್ಮರೆಯಾಗಲು ಆರಂಭಿಸಿದ್ದು, ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಆಧಾರಿತ ಶುಶ್ರೂಷಾ ತರಬೇತಿಯು ಪ್ರಾರಂಭಗೊಂಡಿತು. ಇದರಿಂದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿನ ವೈದ್ಯರು ಶುಶ್ರೂಷೆಯಲ್ಲಿ ನಿರತರಾಗಿದ್ದ ಮಹಿಳಾ ದಾದಿಯರನ್ನು ಬಹಳ ಅಗ್ಗದ ಕಾರ್ಮಿಕರಾಗಿ ನೋಡಿದುದೇ ಅಲ್ಲದೆ ಅವರನ್ನು ಬಹಳವಾಗಿ ಶೋಷಣೆಗೊಳಪಡಿಸಿದರು. ಮೊದಲನೆಯ ಮಹಾಯುದ್ಧದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ದಾದಿಯರು ಯುದ್ಧದ ಸಂತ್ರಸ್ತರಿಗೆ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ೨ನೇ ಮಹಾಯುದ್ಧದ ಸಮಯದಿಂದ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯು ತನ್ನ ಗಮನವನ್ನು ಸೈನ್ಯದ ಸೇವೆಗೂ ಮೀಸಲಿಟ್ಟಿತು. ತದನಂತರದ ಕಾಲಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷೆಗೆ ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾದ ಶಿಕ್ಷಣದ ಚೌಕಟ್ಟಿನ ಅಗತ್ಯತೆಯನ್ನು ಮನಗಂಡುಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ಒಂದು ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಶಿಸ್ತು ಎಂಬ ಆಧಾರದೊಂದಿಗೆ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾಯಿತು.

೧೯ನೇ ಮತ್ತು ೨೦ನೇ ಶತಮಾನದ ಆರಂಭದಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ಮಹಿಳಾ ವೃತ್ತಿಯಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಯಿತು ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯರ ವೃತ್ತಿಯಂತೆಯೇ ಕೆಲಸದ ಸಮಾನತೆಯ ನಿರೀಕ್ಷೆಯೊಂದಿಗೆ ಶುಶ್ರೂಷೆಯು ಅಧಿಕೃತವಾಗಿ ಲಿಂಗತಟಸ್ಥ ವೃತ್ತಿಯಾಯಿತು. ಆದರೆ ಪ್ರಾಯೋಗಿಕವಾಗಿ ಪುರುಷ ದಾದಿಯರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಮಹಿಳಾ ದಾದಿಯರ ಸಂಖ್ಯೆಗಿಂತಲೂ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಬಹುದು.[೮]

ಶೂಶ್ರೂಷಾ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಲಿಂಗಸಂಬಂಧಿ ವಿಚಾರಗಳು

ಶುಶ್ರೂಷಾ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಲಿಂಗ ಸಂಬಂಧಿ ವಿಚಾರವಾಗಿ ಸಮಾನ ಅವಕಾಶದ ನೀತಿಯ ಹೊರತಾಗಿಯೂ ಶುಶ್ರೂಷೆಯು ಸ್ತ್ರೀ ಪ್ರಾಬಲ್ಯವಿರುವ ವೃತ್ತಿಯಾಗಿ ಮುಂದುರೆದಿದೆ. ಉದಾ: ಕೆನಡಾ ಮತ್ತು ಯುನೈಟೆಡ್ ಸ್ಟೇಟ್ಸ್‌ನಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಗಂಡು-ಹೆಣ್ಣುಗಳ ಅನುಪಾತವು ಸರಿಸುಮಾರು ೧:೧೯ ಆಗಿದೆ. ಈ ಅನುಪಾತವನ್ನು ಪ್ರಪಂಚದಾದ್ಯಂತ ನಿರೂಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಬೆನಿನ್, ಕ್ಯಾಮರೂನ್, ಕಾಂಗೋ, ಗಿನಿಯಾ, ಮಾಲಿ, ಮಾರಿಟನಿಯಾ, ರುವಾಂಡ, ಸೆನೆಗಲ್ ಮತ್ತು ಟೋಗೋ ದೇಶಗಳು ಸ್ತ್ರೀ ದಾದಿಯರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಪುರುಷ ದಾದಿಯರನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಯುರೋಪ್, ಸ್ಪೇನ್, ಪೋರ್ಚುಗಲ್, ಇಟಲಿಯಂತಹ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ೨೦% ಪುರುಷ ದಾದಿಯರಿದ್ದಾರೆ. ಬ್ರಿಟನ್‌ನಲ್ಲಿ ೧೧% ಪುರುಷ ದಾದಿಯರು ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ(೨೦೦೦).

ಶುಶ್ರೂಷೆಯು ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾದ ಸಿದ್ಧಾಂತದ ಮೇಲೆ ಆಧಾರಿತವಾಗಿದೆ. ದಾದಿಯು ಒಬ್ಬ ರೋಗಿಗೆ ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಸಿದ್ಧಾಂತ ಮತ್ತು ಶುಶ್ರೂಷಾ ಸಂಶೋಧನೆ

ಯಿಂದ ಪಡೆದ ಉತ್ತಮ ಜ್ಞಾನ ಇವರೆಡನ್ನೂ ಬಳಸುತ್ತಾಳೆ. ಈ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯು ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ವೈವಿಧ್ಯಮಯವಾದ ತಾತ್ವಿಕ ನಂಬಿಕೆಗಳು, ಮಾದರಿಗಳು ಹಾಗೂ ವಿಶ್ವದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳಿಂದ ಪಡೆದ ವಿಭಿನ್ನ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳ ತತ್ವಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಗಳಂತೆಯೇ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯು ಅತ್ಯಂತ ವೈವಿಧ್ಯಮಯವಾಗಿದೆ. ದಾದಿಯರು ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ರೋಗಿಯ ಅಗತ್ಯಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಉದಾ: ಜನಸಂಖ್ಯೆ, ಸಮುದಾಯ ಹಾಗೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ, ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಜೀವಿತಾವಧಿ, ವಯಸ್ಸು, ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ, ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ, ಲಿಂಗ ಸಂಬಂಧಿ ಆರೋಗ್ಯ, ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮುಂತಾದವುಗಳು. ದಾದಿಯರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ಖಾಸಗಿ ಮನೆಗಳು, ಶಾಲೆಗಳು, ಔಷಧಿ ಕಂಪೆನಿಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ಮುಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳು, ವೈದ್ಯ ಕಛೇರಿಗಳು, ದಾದಿಯರ ನೇತೃತ್ವದ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳು, ಸೇನೆ, ಕ್ಲಿನಿಕ್‌ಗಳು, ಕಾನೂನಿನ ಸಲಹೆಗಾರರು ಮುಂತಾದ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಾರೆ.[೨]

ಶುಶ್ರೂಷೆಗೆ ಸೇರುವ ವೃತ್ತಿಪರ ಆಯ್ಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಇದು ಲಿಂಗಸಂಬಂಧಿತ ಕಳಂಕಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ ಒರ್ವ ಮಹಿಳಾ ದಾದಿಯು ದೀರ್ಘಕಾಲದವರೆಗೆ ಮನೆಯಿಂದ ದೂರವಿರಬೇಕಾಗುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ದಾದಿಯರು ತಡವಾಗಿ ಮದುವೆಯಾಗುವ ನಿರ್ಧಾರವನ್ನು ಹೊಂದುವುದರಿಂದ ಅವರ ಲೈಂಗಿಕ ಶುದ್ಧತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಚಾರಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಅನುಮಾನಕ್ಕೆ ಈಡಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ. ಮದುವೆಯಾಗುವ ಮೊದಲು ಆಕೆಯು ತನ್ನ ತಂದೆಯ, ಸಹೋದರರ ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಯಿದೆ. ಮದುವೆಯ ನಂತರ ತನ್ನ ಪತಿಯ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆಯಲ್ಲಿ ಈ ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ವೃತ್ತಿಯಾಗಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಆಕೆ ಲೈಂಗಿಕ ಆರೋಪಕ್ಕೆ ಗುರಿಯಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯು ಹೆಚ್ಚಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ದಾದಿಯರು ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಅವರು ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವ ಲೈಂಗಿಕ ಕಿರುಕುಳಗಳು, ರಾತ್ರಿ ಪಾಳಿಯ ಕರ್ತವ್ಯಗಳು ಅವರನ್ನು ನೈತಿಕ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಈಡುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಭಾರತದಂತಹ ಸಂಪ್ರದಾಯಬದ್ಧ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಈ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಶಾಪವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಮಹಿಳಾ ಸಬಲೀಕರಣ, ಮಹಿಳಾವಾದದಂತಹ ಹಲವಾರು ವಿಚಾರಗಳ ಮುನ್ನಡೆಯಲ್ಲಿಯೂ ಸಹ ಒಬ್ಬ ಮಹಿಳೆಯಾಗಿ ದಾದಿಯು ತನ್ನ ಸೇವಾ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಯಾವ ರೀತಿಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾಳೆ ಹಾಗೂ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ನಡುವೆಯೂ ತನ್ನ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಯಾವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನಿಭಾಯಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾಳೆ ಎಂಬ ವಿಷಯಗಳೊಂದಿಗೆ ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನವು ದಾದಿಯರ ಬಗೆಗಿನ ಸಂಶೋಧನೆಯನ್ನು ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಂಡಿದೆ.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆ

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ಐತಿಹಾಸಿಕವಾಗಿ ೩ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ನಾವು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಪ್ರಾಚೀನ ಯುಗ, ಮಧ್ಯಯುಗ, ವಸಾಹತುಶಾಹಿ ಆಳ್ವಿಕೆಯ ಯುಗ. ಅಲ್ಲದೆ ನಾವು ವೈದಿಕ

ಯುಗದಿಂದ ಸ್ವಾತಂತ್ರೋತ್ತರ ಹಂತದವರೆಗೆ ಎಂದೂ ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು. ಪ್ರಾಚೀನ ಯುಗವು ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಮೊದಲ ಅಡಿಪಾಯವನ್ನು ಹಾಕಿತು. ಬ್ರಿಟಿಷರ ಆಳ್ವಿಕೆಯಲ್ಲಿಯೂ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಬಹುದು. ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ನಂತರದ ಕಾಲಘಟ್ಟದಲ್ಲಿಯೂ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷೆಯು ಹಲವು ವಿಚಾರಗಳಲ್ಲಿ ಕೇಂದ್ರ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ಪಡೆಯಿತು.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ಕೇವಲ ಉದ್ಯೋಗದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಸೀಮಿತಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಭಾರತಕ್ಕೆ ಮೊಟ್ಟಮದಲ ಬಾರಿಗೆ ೧೮ನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಆಗಮನವಾಯಿತು. ೧೮೫೪ರಲ್ಲಿ ಮದ್ರಾಸ್‌ನ ಜನರಲ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರ ಮೊದಲ ತರಬೇತಿ ಶಾಲೆಯನ್ನು ತೆರೆಯಲಾಯಿತು. ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಭಾರತೀಯ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ದಾದಿಯರಾಗಿ ತರಬೇತಿ ನೀಡುವ ಕ್ರಮವನ್ನು ಮಿಷನರಿಗಳು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದವು. ಇದು ೧೮೬೭ರಲ್ಲಿ ದೆಹಲಿಯ ಸೈಂಟ್ ಸ್ಟೀಫನ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಮೊಟ್ಟ ಮೊದಲಿಗೆ ಪ್ರಾರಂಭವಾಯಿತು. ಅಲ್ಲದೆ ಮಿಷನರಿಗಳು ತಮ್ಮ ಸ್ವಂತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿಯೇ ಹೆಚ್ಚಿನ ತರಬೇತಿ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದವು. ಈ ತರಬೇತಿಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಆಕರ್ಷಿಸುವ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ೧೮೮೫ರಲ್ಲಿ ಡಫರಿನ್ ನಿಧಿಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಯಿತು.[೨]

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣವು ಈ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಾತಿನಿಧ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿತ್ತು. ದಾದಿಯರ ಸ್ಥಾನಮಾನವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವಂತಹ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವಂತಹ, ದಾದಿಯರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಜೀವನವನ್ನು ಒದಗಿಸುವಂತಹ ಹಾಗೂ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಬೋಧನೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಮಾಡುವ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಮನಗಂಡು ೧೮೮೫ರಲ್ಲಿ ಸ್ಥಾಪಿತವಾದ ಡಫರಿನ್ ನಿಧಿಯು ಬಹಳ ದೂರಾಲೋಚನೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿತ್ತು.[೩]

೧೯ನೇ ಶತಮಾನದ ಮಧ್ಯಭಾಗದಿಂದ ಭಾರತವು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಗಮನಾರ್ಹ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಮಹಿಳೆಯರು ಸ್ವಾವಲಂಬನೆಯ ಬದುಕಿನತ್ತ ಹೆಜ್ಜೆಯಿಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಪ್ಲೋರೆನ್ಸ್ ನೈಟಿಂಗೇಲ್ ಸೂಚಿಸಿದಂತೆ ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ವೃತ್ತಿ ಹಾಗೂ ಸೇವೆಯಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕು. ಏಕೆಂದರೆ ದಾದಿಯರು ಕೇವಲ ತಮ್ಮ ಭೌತಿಕ ಆಸೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಸಲುವಾಗಿ ಈ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಬಯಸಿಲ್ಲ. ಆದುದರಿಂದಾಗಿಯೇ, ನೈಟಿಂಗೇಲ್ ಅವರು ದಾದಿಯರನ್ನು ತಾಯಂದಿರು ಅಥವಾ ಸೇವೆಯ ಭಾಗವಾದ ಸೇವಕರಂತೆ ಗುರುತಿಸಿದರು.

ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ವಿತರಣೆಯಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಕೌಶಲ್ಯಗಳು ಬಹಳ ಅತ್ಯಗತ್ಯ. ಹೀಗಾಗಿ ಶುಶ್ರೂಷಾ ತರಬೇತಿಗಳು ತಾಂತ್ರಿಕವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಸುಧಾರಿಸಲ್ಪಡುತ್ತಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ನೋಂದಣಿ ಮತ್ತು ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ದಾದಿಯರು ತರಬೇತಿಯನ್ನು ಹೊಂದುವುದು ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ.[೪] ಆದರೆ ಈಗಿನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಅವಲೋಕಿಸಿದರೆ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಆತಂಕಗಳು

ಮೂಡುತ್ತಿವೆ. ದಾದಿಯರ ಬಿಳಿ ಬಣ್ಣದ ಶುಭ್ರ ವಸ್ತ್ರವು ನೈತಿಕ ಪರಿಶುದ್ಧತೆಯ ಹಾಗೂ ಸನ್ಯಾಸಿನಿಯ ಜೀವನ ಶೈಲಿಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ನೈತಿಕ ಅಶುದ್ಧತೆಯ ವಿರುದ್ಧ ತಡೆಗೋಡೆಯಾಗಿ ದಾದಿಯರನ್ನು ರೂಪಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಮೊದಲು ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರಲಿಲ್ಲ. ಇದು ವಸಾಹತುಶಾಹಿ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಭಾರತಕ್ಕೆ ಪರಿಚಯಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿತು. ದಾದಿಯರ ಸಂಪ್ರದಾಯವೂ ಕೂಡಾ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರಲಿಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಶುಚಿಗೊಳಿಸುವುದು, ಸ್ನಾನಮಾಡಿಸುವುದು ಮತ್ತು ದೇಹದ ದ್ರವಗಳನ್ನು ಶುಚಿಗೊಳಿಸುವುದು 'ಒಂದು ಕೊಳಕಾದ ಕೆಲಸ' ಎಂಬ ಕಲ್ಪನೆಯು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಇದ್ದಿತು. ಆದುದರಿಂದ ಈ ಕೆಲಸಗಳನ್ನು ಕೆಳವರ್ಗದವರಿಗೆ ನಿಗದಿಪಡಿಸಲಾದ ವೃತ್ತಿ ಎಂದು ಭಾವಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಹೀಗಾಗಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಸ್ಥಾನಮಾನ ಹೊಂದಿರುವ ಕೆಲಸವೆಂಬ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ನೋಡಲಾಯಿತು. ಆದರೆ ಭಾರತವು ವಸಾಹತುಶಾಹಿ ಆಳ್ವಿಕೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಂತಹ ಕಾಲಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಭಾರತೀಯರಿಗೆ ಹಲವಾರು ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್-ಯೂರೋಪಿಯನ್ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ಮಿಷನರಿಗಳು ಸಂಪರ್ಕಕ್ಕೆ ಸಿಗಲಾರಂಭಿಸಿದವು.[೭೫] ಈ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಮಿಷನರಿಗಳು ಹಲವಾರು ಶಾಲೆಗಳನ್ನು, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದರೊಂದಿಗೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಪದ್ಧತಿಯು ಜಾರಿಗೆ ಬಂದಿತು.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರಂಭದಲ್ಲಿ ಮತಾಂತರಕ್ಕೊಳಗಾದ ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ನರನ್ನೇ (ಕೆಳವರ್ಗದ ಜನರು) ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಸಲಾಯಿತು. ಇವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳು, ವಿಧವೆಯರು ಹಾಗೂ ಅನಾಥರಾಗಿದ್ದರು. ಅಲ್ಲದೇ ಸೈನಿಕರ ವಿಧವಾ ಪತ್ನಿಯರು ಸಹ ಜೀವನ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಪರ್ಯಾಯ ಮಾರ್ಗವಿಲ್ಲದೇ ಈ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಗೆ ಸೇರಿಕೊಂಡರು.

ಹೊರ ದೇಶಗಳಿಂದ ಭಾರತಕ್ಕೆ ಆಗಮಿಸಿದ ದಾದಿಯರ ಉತ್ತಮ ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು "ಗಣ್ಯ ದಾದಿಯರು" ಎಂಬ ಹಣೆಪಟ್ಟಿಯೊಂದಿಗೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ವೃತ್ತಿಪರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿದರು. ಈ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಭಾರತೀಯ ದಾದಿಯರು ಜನಾಂಗೀಯ ವಿಭಜನೆ ಹಾಗೂ ತಾರತಮ್ಯವನ್ನು ಅನುಭವಿಸುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿತ್ತು.[೭೬]

ವಸಾಹತುಶಾಹಿ ಆಡಳಿತದಲ್ಲಿ ಭಾರತದ ದಾದಿಯರ ಕೆಲಸದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯು ಚಿಂತಾಜನಕವಾಗಿತ್ತು. ಅಲ್ಲದೆ ಅವರನ್ನು ತೀರಾ ನಿರ್ಲಕ್ಷಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಅವರಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಬೋಧನೆ, ತರಬೇತಿ, ಉತ್ತಮ ಜೀವನಮಟ್ಟ, ಕಳಪೆ ವಸತಿ ಅಲ್ಲದೆ ರೋಗಿಗಳ ಭಾರೀ ಹೊರೆಯನ್ನು ಅವರು ಹೊರಬೇಕಾಗಿತ್ತು. ಅಲ್ಲದೆ ಅವರನ್ನೇ ಅಗ್ಗವಾಗಿ ನೇಮಿಸಲ್ಪಡುವ ಕಾರ್ಮಿಕರನ್ನಾಗಿ ಬಳಸಿ ಕೊಳ್ಳಲಾಯಿತು ಮತ್ತು ಅವರ ವೇತನವು ಬಹಳ ಕನಿಷ್ಠವಾಗಿತ್ತು. ಆದರೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಬಡತನದ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದ ಹೊರಬರಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದೇ ಹಲವಾರು ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳು ಇಷ್ಟೆಲ್ಲ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಹೊರತಾಗಿಯೂ ಈ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದರು.[೭೭]

೨ನೇ ಮಹಾಯುದ್ಧದ ನಂತರ ಬ್ರಿಟನ್ ದೇಶವು ದಾದಿಯರ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸಿತು. ಈ ಕೊರತೆಯನ್ನು ನೀಗಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ ಹೊರ ದೇಶಗಳಿಂದ ಉತ್ತಮ ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದ ದಾದಿಯರನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ಈ ರೀತಿಯಾಗಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ನಂತರದ ಕಾಲಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ನಾವು ಹಂತಹಂತವಾಗಿ ಗಮನಿಸಬಹುದು.

ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ನಂತರದ ಹಾದಿಯಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷೆ

ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ನಂತರದ ಕಾಲಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷೆ ಕುರಿತಂತೆ ಕೇರಳ ರಾಜ್ಯವು ಭಾರತದಲ್ಲಿಯೇ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ದಾದಿಯರನ್ನು ಉತ್ಪತ್ತಿ ಮಾಡುವ ರಾಜ್ಯವಾಗಿದೆ. ಕೇರಳದಲ್ಲಿ ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿರುವ ಮಾತೃಭಾಷಾ ಕುಟುಂಬ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮನೆಯ ಹೊರಗೆ ಹೆಚ್ಚು ದುಡಿಯುವಂತೆ ಪ್ರೇರೇಪಿಸಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಕಾರ್ಮಿಕರ ಲಿಂಗಾಧಾರಿತ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಶುಶ್ರೂಷೆ ಯನ್ನು ಮಹಿಳಾ ವೃತ್ತಿಯಾಗಿ ವಿಕಸಿಸಲು ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಕುಟುಂಬಗಳು ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಯ ಕಾರಣಗಳಿಂದಾಗಿ ಈ ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ವೃತ್ತಿಯಾಗಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಹಲವಾರು ನರ್ಸಿಂಗ್ ಶಾಲೆಗಳು ಉಚಿತ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಒದಗಿಸಿದ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಅತೀ ಬಡ ಕುಟುಂಬದ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳು ಕೂಡ ಈ ಶುಶ್ರೂಷಾ ತರಬೇತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ.[೭೮]

ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿರುವ ದಾದಿಯರಿಗೆ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಉದ್ಯೋಗಾವಕಾಶ ಗಳು ಲಭಿಸದಿರುವುದು ನಿರುದ್ಯೋಗ ಸಮಸ್ಯೆಯ ಆತಂಕಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ ಸಮುದಾಯದ ದಾದಿಯರನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಬಹುದು. ಇತರ ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಕೇರಳ ರಾಜ್ಯವು ಅತೀ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ ದಾದಿ ಯರನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಹಿಂದೂ ಹಾಗೂ ಮುಸ್ಲಿಂ ಜಾತಿಯ ಕಟ್ಟಳೆಗಳು ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಈ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಸೇರದಂತೆ ನಿರ್ಬಂಧಿಸಿದೆ.

ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಇತಿಹಾಸ

ಮಹಿಳೆಯೂ ಒರ್ವ ಸಹಜ ಸ್ವಭಾವದ ದಾದಿಯಾಗಿದ್ದಾಳೆ. ಈ ಸಹಜ ಸ್ವಭಾವವು ಆಕೆಗೆ ಪ್ರಕೃತಿ ಮಾತೆಯಿಂದ ಬಳುವಳಿಯಾಗಿ ಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಇತಿಹಾಸವು ಮಹಿಳೆಯ ಇತಿಹಾಸಕ್ಕೆ ಸಮಾನಾರ್ಥವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಇತಿಹಾಸದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ನರ್ಸ್ ಪದದ ಅರ್ಥಗಳು ಬಹಳಷ್ಟು ಬದಲಾಗಿರುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಬಹುದು. ನರ್ಸ್ ಮತ್ತು ನರ್ಸಿಂಗ್ ಪದಗಳಿಗೆ ಅನೇಕ ಅರ್ಥಗಳಿವೆ. ನರ್ಸ್ ಎಂಬ ಪದವು "ಲ್ಯಾಟಿನ್" ಪದದ "ನ್ಯೂಟ್ರಿಶಿಯ" (ಪೋಷಿಸುವ) ಎಂಬ ಪದದಿಂದ ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. ಇದರ ಅರ್ಥ 'ಶುಶ್ರೂಷಾ ತಾಯಿ' ಅಂದರೆ ಇದು ಶಿಶುಗಳಿಗೆ ಸ್ತನ್ಯಪಾನ ಮಾಡಿದ ಮಹಿಳೆ ಎಂಬ ಅರ್ಥವನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಇದು ಫ್ರೆಂಚ್ ಹಾಗೂ ಇಂಗ್ಲೀಷ್ ಪದದ ನ್ಯೂರಿಸ್, ನಾರಿಸ್, ನೋಟ್ಸ್ ಮತ್ತು ಈಗಿನ ಪದವಾಗಿರುವ ನರ್ಸ್ ಎಂಬ ಪದದ ಬಳಕೆಯನ್ನೂ ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ.[೮೦]

ನರ್ಸ್ ಪದದ ವಿಕಸನದ ಉದ್ದಕ್ಕೂ ಇತರ ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಇದರ ಅರ್ಥಕ್ಕೆ ಸೇರಿಸಲಾಯಿತು. ಮೊದಲನೆಯದಾಗಿ 'ಚಿಕ್ಕ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಮತ್ತು ಒಲವು ತೋರುವ ಮಹಿಳೆ' ಎಂದು ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಲಾಯಿತು. ೧೬ನೇ ಶತಮಾನದ ಹೊತ್ತಿಗೆ ನರ್ಸ್ ಪದದ ಅರ್ಥವು "ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಕಾಯುವವಳು ಅಥವಾ ಒಲವನ್ನು ತೋರಿಸುವವಳು" ಎಂದೂ, ೧೯ನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ "ರೋಗಿಗಳತ್ತ ಒಲವು ತೋರುವವರಿಗೆ ತರಬೇತಿ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯರ ನಿರ್ದೇಶನದಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವವರು" ಎಂದೂ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾಯಿತು.[೮೧]

ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ

ಹ್ರೋಟ್ ಬ್ಲಕ್ಕೈ ಅವರ ಪ್ರಕಾರ, "ಬಡ ದೇಶಗಳು ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸಿದರೆ ಅನಾರೋಗ್ಯವು ಬಡತನವನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುತ್ತದೆ. ಕಾಲವು ಬದಲಾದಂತೆ ಆದಾಯವು ವೃದ್ಧಿಯಾದಂತೆ ಆರೋಗ್ಯವು ವೃದ್ಧಿಯಾಗುತ್ತಾ ಬಂದಿದೆ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೇ ಮಾನವನ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವು ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಬಂಡವಾಳವನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುತ್ತದೆ. ಆ ಮೂಲಕ ಆದಾಯದ ವೃದ್ಧಿಯಾಗುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ದೇಶದ ಒಟ್ಟಾರೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ." ಅನಾರೋಗ್ಯವು ದೇಶದ ಆದಾಯದ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಕುಂಠಿತಗೊಳಿಸಿ ದೇಶವನ್ನು ಬಡತನದ ಕಡೆಗೆ ಒಯ್ಯಲೂ ಬಹುದು. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯವು ಆದಾಯದೊಂದಿಗೆ ನೇರವಾದ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.[೮೨]

ಟಿಮ್ ಕಾಲ್‌ಬರ್ನ್ ಮತ್ತು ಜಾಸ್ಮಿನ್ ಹಾಗೂ ಇತರರ ಪ್ರಕಾರ,"ಮುಂದುವರಿದ ದೇಶಗಳ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದು, ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಸರಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು(ಎನ್.ಜಿ.ಓ.) ಕೈಜೋಡಿಸಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಿದ್ದೇವೆ. ಈ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಸರಕಾರವು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳನ್ನು ನೀಡಿದೆ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೇ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಗಾತ್ರವು ಕೂಡಾ ಆರೋಗ್ಯದ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ."[೮೩] ಅಲ್ಲದೆ ದೇಶ-ದೇಶಗಳ ನಡುವೆ ಆರೋಗ್ಯ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೋಲಿಸುವಲ್ಲಿ ಕಾಲ್‌ಬರ್ನ್ ಮತ್ತಿತರರ ಅಧ್ಯಯನವು ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗಿದೆ.

ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ದೇಶಗಳು ಜಾಗತಿಕ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದರೂ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಮುತುವರ್ಜಿ ವಹಿಸುವಂತಹ ಯಾವುದೇ ಅಜೆಂಡಾಗಳಿಗೆ ತಕ್ಷಣ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ನೀಡುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದದೇ ಇರುವುದು ವಿಷಾದನೀಯವಾಗಿದೆ. ಆದುದರಿಂದ ಇದಕ್ಕೆ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಈ ದೇಶಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಅಂತಾರಾಷ್ಟೀಯ ಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ರೂಪುರೇಷೆಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಉದಾ: ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ, ಯುನಿಸೆಫ್ ಮತ್ತು ಯುನೈಟೆಡ್ ನೇಷನ್ಸ್ ಪಾಪ್ಯುಲೇಷನ್ ಫಂಡ್ (ಯು.ಎನ್.ಎಫ್.ಪಿ.ಎ.)ಮುಂತಾದವುಗಳು.

ಇದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಿಲ್ಲೇನಿಯಂ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಗೋಲ್ಸ್(ಎಂ.ಡಿ.ಜಿ.) ಕೂಡ ಪರಿಣಾಮ ಕಾರಿಯಾಗಿ ತನ್ನ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿದೆ. ರಾಬರ್ಟ್ ಬೇಗ್ಲೆ ಹೋಲೆ ಅವರ ಪ್ರಕಾರ, "ಆರೋಗ್ಯವನ್ನುಹೊಂದುವುದು ಮಾನವನ ಹಕ್ಕು. ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕು ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ನಡುವಿನ ಸಾಮರಸ್ಯದ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳು ಮಾನವನನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯೆಡೆಗೆ ಸಾಗಲು ಪ್ರಚೋದಿಸುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಇದು ಆರೋಗ್ಯ ಗಳಿಕೆಯ ಮಹತ್ವವನ್ನು ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ಸರಕಾರವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಬಳಕೆಯನ್ನು ಕ್ರೋಢಿಕರಿಸಿಕೊಂಡು ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸವಲತ್ತನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಈ ಹಕ್ಕುಗಳು ಪ್ರೇರೇಪಿಸುತ್ತಿದೆ ಎಂಬುದಾಗಿದೆ".[೮೪]

ಲೇಖಕರು ತಮ್ಮ ಉಪಸಂಹಾರದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಕರು, ಆರೋಗ್ಯ ಬಗೆಗಿನ ಸಂಶೋಧಕರ ಪಾತ್ರವು ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಮಹತ್ತರವಾದದ್ದು. ಹೇಗೆಂದರೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಹಕ್ಕುಗಳು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕುಗಳು ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಾಗುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ಸರಕಾರವು ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುವಂತೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸಬೇಕು ಮತ್ತು ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸುವತ್ತ ಹೆಜ್ಜೆಗಳನ್ನಿಡಬೇಕು ಎಂದು ತನ್ನ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಮೋನಿಕಾದಾಸ್ ಗುಪ್ತಾ ಅವರ ಲೇಖನದ ಪ್ರಕಾರ,"ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕೆಲವೊಂದು ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಗಂಭೀರವಾದ ಚರ್ಚೆಯ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ತೀವ್ರತರನಾದ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹಾಗೂ ಅವುಗಳನ್ನು ಗುಣಮುಖಗೊಳಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಸರಕಾರದ ಚಿಂತನೆಗಳು ಹಾಗೂ ಕಾರ್ಯ ಕ್ರಮಗಳು ನಿರೀಕ್ಷೆಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ತಲುಪುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗಿದೆ. ಆದರೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಸ್ಫೋಟದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಇಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಮಹತ್ತರವಾದ ಹೆಜ್ಜೆಯನ್ನು ಇಟ್ಟಿರುವುದು ಶ್ಲಾಘನೀಯ" ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ.ಭಾರತದಲ್ಲಿ ರೋಗತಡೆ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಇರುವ ಅಡೆತಡೆಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸುತ್ತಾ ಗುಪ್ತಾ ಅವರು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಆರ್ಥಿಕ ಪ್ರಗತಿಗೆ ಮತ್ತು ಬಡತನ ನಿರ್ಮೂಲನೆಗೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ[೮೫] ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ.

ಭಾರತವು ವಸಾಹತುಶಾಹಿ ಆಳ್ವಿಕೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಬ್ರಿಟೀಷ್ ನಾಗರಿಕರು ಮತ್ತು ಸೇನೆಯ(ದಂಡು ಪ್ರದೇಶ) ನೆಲೆಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಮೀಸಲಾಗಿತ್ತು. ಇದು ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಚರ್ಚೆಗೆ ಗ್ರಾಸವಾದ ವಿಷಯವೆಂದರೆ ಬ್ರಿಟೀಷ್ ಸರಕಾರಕ್ಕೆ ಭಾರತೀಯರ ಕ್ಷೇಮ ಪಾಲನೆಗಿಂತ ಬ್ರಿಟೀಷ್ ವಸಾಹತುಶಾಹಿಯ ದಾಹವನ್ನು ತಣಿಸುವುದೇ ಆಗಿತ್ತು.ಹಿಂದುಳಿದ ಎನ್ನುವುದು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಹಿಂದುಳಿದ ಮತ್ತು ಅತಿಯಾದ ಬಡತನವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಹಾಗೂ ಕಡಿಮೆ ಉತ್ಪಾದಕತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಒಂದು ಸ್ಥಿತಿಯಾಗಿದೆ. ಇನ್ನೊಂದು ಕಡೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಎನ್ನುವುದು ಆರ್ಥಿಕತೆಯಲ್ಲಿನ ನೈಜ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆದಾಯದ ದೀರ್ಘಾವಧಿಯ ಏರಿಕೆ ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು.[೮೬]

ಹಲವಾರು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಯೋಜನೆಯು ಈ ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಹಿಂದುಳಿಯುವಿಕೆಯನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸಿದರೂ ಈ ಯೋಜನೆಗಳು ತಳಸ್ಥರದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಕಡೆಗಣಿಸಿವೆ.ಅಂದರೆ ಇಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಕೇವಲ ದೇಶದ ಮೇಲ್ವರ್ಗದ ಜನರನ್ನು ತಲುಪಿದರಷ್ಟೇ ಸಾಲದು. ತಳಸಮುದಾಯ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಯೋಜನಕಾರಿಯಾಗಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಒಂದು ಆರ್ಥಿಕತೆಯಲ್ಲಿ ಬಡವರ್ಗ ಮತ್ತು ಶ್ರೀಮಂತ ವರ್ಗದ ಪ್ರಭೇದಗಳಿದ್ದರೂ ಸಹ ಸಮತೊಲನದ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಎರಡೂ ವರ್ಗಗಳೂ ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಸಮಾನತೆಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಿದರೆ ಮಾತ್ರ ದೇಶದ ಪ್ರಗತಿ ಸಾಧ್ಯ.ಇಲ್ಲಿ ತಳಮಟ್ಟದ ಸಮುದಾಯವೆಂದರೆ ಬುಡಕಟ್ಟು ವರ್ಗಗಳು. ಇವು ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಬಹಳ ಹಿಂದುಳಿದ ವರ್ಗಗಳಾಗಿವೆ. ಹಾಗಾಗಿ ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪರ ಯೋಜನೆಗಳು ಈ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗಕ್ಕೆ ತಲುಪಿ ಅವರ ಉತ್ಪಾದಕತೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆದಾಯಕ್ಕೆ ಕೊಡುಗೆಯನ್ನು ನೀಡಬಹುದು. ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಇದು ಬಡವರ ಮತ್ತು ಶ್ರೀಮಂತರ ನಡುವಿನ ಅಸಮತೋಲನವನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸುವ ಬದಲಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿಸಬಹುದು.

೧೯೮೦ರ ದಶಕವು ಹಲವಾರು ಲೇಖಕರಿಗೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಬಗೆಗಿನ ಹೊಸ ಚಿಂತನೆಗಳಿಗೆ ದಾರಿ ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟಿತು. ಇದು ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯೊಂದಿಗೆ ಬಹಳ ನಿಕಟವಾದ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ ಎಂಬ ಪ್ರಶ್ನೆಯಡಿ ಹಲವಾರು ಮಹತ್ವದ ಚರ್ಚೆಗಳನ್ನು ಹುಟ್ಟುಹಾಕಿತು. ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್ ಅವರ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಬಗೆಗಿನ ಹಲವಾರು ಬರಹಗಳು ವಿಶೇಷ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ಗಳಿಸಿದೆ. ಇವು ಕಲ್ಯಾಣ ರಾಷ್ಟ್ರದ ಕಲ್ಪನೆಯಿಂದ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಕಲ್ಪನೆಗೆ(೧೯೯೯) ಅಡಿಪಾಯ ಹಾಕಿತು. ಈ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಲ್ಪನೆಯು ಮಾನವನ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ವಿಕಸನಕ್ಕೆ ವಿಶೇಷವಾದ ಒತ್ತನ್ನು ನೀಡಿದೆ. ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವು ಮಾನವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ತತ್ವ ಎಂದು ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್ ವಾದಿಸುತ್ತಾರೆ.[೮೭]

೧೯೯೦ರ ನಂತರ ಯು.ಎನ್.ಡಿ.ಪಿ.ಯ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವಿಧಾನವು ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಸ್ಥಳೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ವರದಿಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಿದೆ. ಈ ವರದಿಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಒಂದು ದೇಶದ ಆರ್ಥಿಕ ಪ್ರಗತಿಯು ಆ ದೇಶದ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ. ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಆ ದೇಶದ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ. ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸಮಾಜವು ಉತ್ತಮ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ತೋರಿಸಬಲ್ಲದು. ಮೆಹಬೂಬ್-ಉಲ್-ಹಕ್‌ರವರು ೧೯೯೪ರಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಪ್ರಥಮವಾಗಿ "ಮಾನವ ಭದ್ರತೆ" ಎಂಬ ಪದವನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿದರು. ಇದು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ರುವುದು. ಇಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಭದ್ರತೆ ಎನ್ನುವುದು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಮನುಷ್ಯನ ಜೀವನ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಬಗೆಗೆ ಬೆಳಕನ್ನು ಚೆಲ್ಲುತ್ತದೆ. ಮಾನವ ಭದ್ರತೆ ಎನ್ನುವುದು ಮನುಷ್ಯನ ಭಾವನೆಗಳು ಮತ್ತು

ಆಲೋಚನೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿತವಾಗಿರುವುದು. ಮಾನವ ಭದ್ರತೆಯು ಮಾನವನಿಗೆ ಒದಗಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಹಕ್ಕುಗಳ ಮುಖೇನ ದೊರಕುತ್ತದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಮಾನವನ ಹಕ್ಕುಗಳಿಂದ ಮಾನವ ಭದ್ರತೆ ಹಾಗೂ ಮಾನವ ಭದ್ರತೆಯಿಂದ ಮಾನವನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಾಧ್ಯ.[೮]

ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್ ಹಾಗೂ ಮೆಹಬೂಬ್-ಉಲ್-ಹಕ್ ಅವರು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಬಗ್ಗೆ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುತ್ತಾ ಕಲ್ಯಾಣ ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರದ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತು ನೀಡುವಂತೆ ತಮ್ಮ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ಹರಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್ ಅವರ ಪ್ರಕಾರ "ಜನರ ಜೀವನ ಮಟ್ಟವು ಅವರ ದಿನನಿತ್ಯದ ಬಳಸುವ ಸರಕುಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನಿರ್ಧರಿಸಬಹುದು. ಜನರ ಮೌಲ್ಯಯುತವಾದ ಆಯ್ಕೆಗಳು ಅವರ ಜೀವನ ವಿಧಾನವನ್ನು ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ಮಾನವನು ಯಾವುದರಿಂದ ಪ್ರೇರೇಪಣೆ ಗೊಳ್ಳುತ್ತಾನೆ, ಆತನ ಜೀವನದ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಡುವುದಲ್ಲದೆ ಆತನ ವ್ಯಕ್ತಿಗತವಾದಂತಹ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ".[೯]

ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಿದ್ಧಾಂತವು ಸಮಾಜಶಾಸ್ತ್ರಕ್ಕೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿನ ಗುರುತನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ. ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಜೀವಿಗಳು ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಗಳ ನಡುವಿನ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯನ್ನು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಮಾನವ ಭದ್ರತೆಯ ಅಗತ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಗುಣಮಟ್ಟ ಎನ್ನುವುದು ಒಂದು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆ. ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯು ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಸಮಾಜದ ವಿಧಾನವನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಮಾನವ ಭದ್ರತಾ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯು ಮಾನವನಿಗೆ ಎದುರಾಗುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು, ಗಂಡಾಂತರಗಳು, ದುರಂತಗಳು, ಕುಸಿತಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರಿಸುತ್ತವೆ.[೧೦] ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಎನ್ನುವುದು ಒಂದು ವಿಸ್ತಾರವಾದ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯಾಗಿದೆ. ಇದು ಮಾನವನ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು, ರಾಜಕೀಯ ತಾರ್ಕಿಕಗಳು ಮತ್ತು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಇಲ್ಲಿಅಮರ್ತ್ಯ ಸೇನ್‌ರವರು ರಾಜಕೀಯ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಿದ್ಧಾಂತದ ಬಗೆಗಿನ ವಿಸ್ತಾರವಾದ ಚರ್ಚೆಯನ್ನು ಮಾಡಿರುತ್ತಾರೆ. ರಾಜಕೀಯ ಎಂದರೆ ಒಂದು ಸಮಾಜದ ಅಧಿಕಾರ, ಸವಲತ್ತು ಮತ್ತು ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತಹ ಒಂದು ಸಂಘಟಿತ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಾಗಿದೆ.ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳು ಮಾನವನು ತನ್ನ ಜೀವನದ ಗತಿಯನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡುವಂತಹ ಜೀವನ ವಿಧಾನದ ಕುರಿತಂತೆ ವಿವರಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಬಗೆಗಿನ ಹಲವಾರು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು ನಮಗೆ ಎದುರಾಗಬಹುದು. ಅವುಗಳೆಂದರೆ:

೧. ವ್ಯಕ್ತಿಗತವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಾಮೂಹಿಕವಾದ ಮಾನವನ ಜೀವನ ಶೈಲಿಯಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಗಳು.

೨. ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಬಗೆಗಿನ ಗುರಿಗಳು ಮತ್ತು ಮಾರ್ಗದರ್ಶನಗಳು.

೩. ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಚಿಂತನೆಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳಬಹುದಾದ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು.

೪. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಅನುಸರಿಸಬಹುದಾದ ಕಲಿಕಾ ವಿಧಾನಗಳು.

೫. ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪರಿಮಾಣವನ್ನು ಅಳೆಯಲು ಬಳಸಬಹುದಾದ ಮಾಪನ ವಿಧಾನಗಳು.

ಮುರ್ರೆ ಅವರು, "ಸರಿಯಾದ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ರೂಪುರೇಷೆಗಳು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯ ಚೌಕಟ್ಟಿನೊಂದಿಗೆ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ರೂಪುರೇಷೆಗಳು ನಿರ್ಮಾಣಗೊಂಡಿವೆ"[೧೧] ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸುತ್ತಾರೆ.

೧.೪. ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶಗಳು

೧. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಬಳಕೆಯ ಅಧ್ಯಯನ.

೨. ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರದ ಅಧ್ಯಯನ ಹಾಗೂ ಅವರ ಪಾತ್ರದ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ.

೩. ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಅವರು ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು.

೪. ದಾದಿಯರ ಉತ್ತಮ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಸರಕಾರದ ಪಾತ್ರ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಂಶೋಧನಾ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸಾಹಿತ್ಯವನ್ನು ಅವಲೋಕಿಸಿದಾಗ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುವ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳು ತಮ್ಮ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆಯೇ? ಅದು ಜನರಿಗೆ ಪ್ರಯೋಜನಕಾರಿಯಾಗಿ ಇದ್ದಾವೆಯೇ? ಇದ್ದಿದ್ದರೆ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳತ್ತ ಜನರು ಯಾಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಆಕರ್ಷಿತರಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ? ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಸೇವೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಿಗೆ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ನಂಬಿಕೆ ಇದೆ? ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವೆಸಲ್ಲಿಸುವ ದಾದಿಯರ ಬಗೆಗೆ ಜನರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಋಣಾತ್ಮಕವಾಗಿರಲು ಕಾರಣಗಳೇನು? ಎಂಬಿತ್ಯಾದಿ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರವನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ವೇಗವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದು ಹಲವಾರು ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ಥಾಪನೆಗೊಂಡಿವೆ. ಈ ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳಿಂದ ಬರುವ ಮಲಿನಯುಕ್ತ ನೀರು ಹಾಗೂ ಗಾಳಿಯಿಂದ ಜನರು ಹೆಚ್ಚುಹೆಚ್ಚು ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗೆಒಳಗಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕೈಗಾರಿಕೆ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಗಣನೀಯ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಏರಿಕೆಯಾಗಿರುವುದರಿಂದ ವಲಸೆ ಬಂದಂತಹ ಕಾರ್ಮಿಕರ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ಸಮಸ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜನರು ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳಿಗೆ ತುತ್ತಾಗುವ ಸಂಭವ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಮಂಗಳೂರು ನಗರವು ಸ್ಮಾರ್ಟ್ ಸಿಟಿ ಯೋಜನೆಗೆ ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿದ್ದು ನಗರದ ಎಲ್ಲಾ ವಲಯಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕನ್ನು 'ಸ್ಲಂ' ಮುಕ್ತ ವಲಯವನ್ನಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಹೊರ ರಾಜ್ಯದಿಂದ ಬಂದಂತಹ ಜನರು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕೂಲಿಕಾರ್ಮಿಕರಾಗಿದ್ದು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಕ್ಷೇತ್ರ ಸಂದರ್ಶನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಂಡಂತಹ ಮುಖ್ಯ ಅಂಶವೆಂದರೆ ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಜನರು ಕ್ಷಯ ರೋಗಕ್ಕೆ ಬಲಿಯಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಆತಂಕಕಾರಿ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣ ಕಾರ್ಖಾನೆಗಳ ವಿಷಪೂರಿತ ಹೊಗೆ. ಸ್ವಚ್ಛತೆಯಲ್ಲಿಯೂ ಗಮನಾರ್ಹ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಜನರು ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಅನುಪಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರೇ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನೀಡುವುದು, ಕೇಂದ್ರಗಳ ಒಟ್ಟು ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಜಿಲ್ಲೆಯ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿ(ಕ)ಯರ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದು ಅತಿಯಾದ ಕಾರ್ಯದ ಒತ್ತಡದಿಂದ ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರು ತಮ್ಮ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಇದು ಅವರ ಸೇವೆಯ ಮೇಲೂ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರುತ್ತಿದೆ.

ಪ್ರತೀ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಸರಾಸರಿಯಾಗಿ ದಿನವೊಂದಕ್ಕೆ ೫೦ ರಿಂದ ೬೦ರ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿವೆ. ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಕೇವಲ ಬಡವರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಮೀಸಲಾಗಿರದೇ ಉತ್ತಮ ಆದಾಯವುಳ್ಳ ಶ್ರೀಮಂತರು ಇದರ ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರ ಮನೆ ಮನೆ ಪ್ರಚಾರ, ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ನೀಡುವ ಮಾಹಿತಿ ಹಾಗೂ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಕೊಡುವ ಚುಚ್ಚು ಮದ್ದಿನ ಬಗೆಗಿನ ಮಾಹಿತಿಅಲ್ಲದೆ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೆಂದ್ರಗಳು ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಶ್ರಮವಹಿಸುವುದೂ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯಕ್ಕಿಂತಲೂ ಬಹಳ ಕಡಿಮೆ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿ(ಕ)ಯರು ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ರೋಗಿಗಳ ಬಗೆಗೆ ಸರಿಯಾದ ಗಮನವನ್ನು ನೀಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಸರಕಾರವೂ ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಮನಹರಿಸಿಲ್ಲ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ನಗರ ಭಾಗದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲದೇ, ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಅಗತ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯು ಎದ್ದು ಕಾಣುತ್ತಿದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ನಗರ ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಜನರು ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಸರಿಯಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗಿದ್ದಾರೆ.

೧.೫. ಅಧ್ಯಯನದ ಮಹತ್ವ

ಭಾರತವು ಜಾಗತೀಕರಣದ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಈ ಜಾಗತಿಕರಣದ ಹೊಸ್ತಿಲಲ್ಲಿ ತನ್ನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ವಿಸ್ತಾರತೆಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ. ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳು ಜನರ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ, ರಾಜಕೀಯ ಮತ್ತು ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಜೀವನಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೇ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೂ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತಿರುವುದು ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶ. ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ಆರ್ಥಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಆರ್ಥಿಕ ಅಸಮಾನತೆಯ ಜೊತೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಅಸಮಾನತೆಗೂ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯದ ಸಮಾನತೆಯು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಪೂರಕ ಅಂಶವಾಗುವುದರೊಂದಿಗೆ ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೂ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರ ಹಾಗೂ ಕೊಡುಗೆಯು ಅನನ್ಯ ವಾದುದು. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯುಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿಯೇ ದ್ವಿತೀಯ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ವಿಚಾರಗಳಿಗೂ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಮಾದರಿಯಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ನೀಡುವಿಕೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ದಾದಿಯರ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿ ಸಂಶೋಧನೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದ್ದು, ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ಈ ಕೃತಿಯು ಮಹತ್ವದ್ದಾಗಿದೆ.

೧.೬. ಅಧ್ಯಯನದ ವಿಧಾನ

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ದಾದಿಯರ ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತನ್ನು ಕೊಟ್ಟಿದ್ದು, "ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರ–ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ" ಎಂಬ ಶೀರ್ಷಿಕೆಯಡಿ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ದಾದಿಯರನ್ನು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳನ್ನು ಸರಳಯಾದ್ರಚ್ಛಿಕ ವಿಧಾನವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಮಾಹಿತಿಗಾರರಿಂದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಗಳ ಮೂಲಕ ವೈಜ್ಞಾನಿಕವಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ.

ಇಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಅಧಿಕಾರಿ, ತಾಲೂಕು ಆರೋಗ್ಯ ಅಧಿಕಾರಿ ಹಾಗೂ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದಲೂ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಲೆಹಾಕಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳ ಪ್ರಸ್ತುತತೆಯ ಬಗ್ಗೆ "ಪ್ರಾಯೋಗಿಕವಾಗಿ' ಸಂದರ್ಶನವನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದ್ದು, ಇಲ್ಲಿ ದೊರಕಿದ ಸಲಹೆಗಳನ್ನು ಆಧರಿಸಿ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಲವೊಂದು ಸೂಕ್ತ ತಿದ್ದುಪಡಿಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಎಲ್ಲಾ ಸಂದರ್ಶನಗಳನ್ನು ಸಂಶೋಧಕನ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ವಯಂ ಆಗಿ ನಿರ್ವಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ವೈಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಗೌಪ್ಯವಾಗಿಡಲಾಗಿದ್ದು, ಮಾಹಿತಿದಾರರು ನೀಡಿರುವ ವಾಸ್ತವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು, ಅನಾನುಕೂಲಗಳು ಹಾಗೂ ಅವರೆಲ್ಲರ ಒಟ್ಟಾರೆ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಹಾಗೂ ಫಲಿತಾಂಶವನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ಬಳಸಲಾಗಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಯಾವೊಬ್ಬ ಮಾಹಿತಿದಾರರ ಹೆಸರುಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡಿಲ್ಲ.

ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಂಡ ಹಾಗೂ ಮಾಹಿತಿದಾರರು ನೀಡುವ ಮಾಹಿತಿಗಳ ವಾಸ್ತವ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ಇಲ್ಲಿ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮಾಹಿತಿ: ಅಧ್ಯಯನವು ಬಹುತೇಕ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡಜಿಲ್ಲೆಯ ೫ ತಾಲೂಕುಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ನಗರ ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸಂದರ್ಶನದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಭೇಟಿ ಕೊಟ್ಟಂತಹ ರೋಗಿಗಳಿಂದಲೂ ಮೌಖಿಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಲೆ ಹಾಕಲಾಗಿದೆ.

ಇಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ ನೇರ ಸಂದರ್ಶನವನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಕೆಲವೊಂದು ಸ್ಥಳೀಯ ನಾಗರಿಕರಿಂದ, ರೋಗಿಗಳಿಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಲೆಹಾಕಲಾಗಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಸಂಶೋಧಕರು ದಾದಿಯರೊಡನೆ ನೇರವಾಗಿ ಬೆರೆಯುವುದರ ಮೂಲಕ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ಹಾಗೂ ವಿಶ್ಲೇಷಣಾತ್ಮಕವಾದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಆನುಷಂಗಿಕ ಮಾಹಿತಿ: ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳು ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಆದೇಶಗಳು, ನೀತಿಗಳು, ಅಧಿಸೂಚನೆಗಳು, ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಸೂಚ್ಯಾಂಕದ ವರದಿಗಳು, ಜನಗಣತಿಯ ವರದಿಗಳು ಇವುಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಅಂತೆಯೇ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸಿ ನಗರದ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಲೆಹಾಕಲಾಗಿದೆ. ಈಗಾಗಲೇ ನಡೆದಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಹಾಗೂ ದಾದಿಯರ ಕುರಿತಾದ ಸಂಶೋಧನಾ ಗ್ರಂಥಗಳಿಂದ, ಪಾಕ್ಷಿಕಗಳಲ್ಲಿ, ದಿನಪತ್ರಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಜಾಲತಾಣಗಳಲ್ಲಿ ಬಂದಂತಹ ಉತ್ತಮ ಅಂಕಣಗಳಿಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. ಸಂಪನ್ಮೂಲ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, ಬುದ್ಧಿಜೀವಿಗಳು ಮತ್ತು ಆಸಕ್ತರ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ವಿಷಯವನ್ನು ಕ್ಷೇತ್ರ ಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮುಖಾಮುಖಿಯಾಗಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ: ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಮೂಲಕ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಈಗಾಗಲೇ ಪ್ರಸ್ತುತ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ನಡೆಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವ ಅಧ್ಯಯನಗಳೊಂದಿಗೆ ತುಲನಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಸಂಗ್ರಹಿತ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ ಮತ್ತು ರೇಖಾಚಿತ್ರಗಳ ಮೂಲಕ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ವಿವರಣೆಗಳು ಸಂಗ್ರಹಿತ ಮಾಹಿತಿಯ ಕ್ರಮಬದ್ಧ ಮತ್ತು ವಸ್ತುನಿಷ್ಠವಾದ ಅಂಕಿ–ಅಂಶಗಳನ್ನು ಆಧರಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯಾಗಿದೆ. ಸರಳವಾದ ಮೈಕ್ರೋಸಾಫ್ಟ್ ಎಕ್ಸೆಲ್ ತಂತ್ರಾಂಶದಲ್ಲಿ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳನ್ನು ದಾಖಲೀಕರಿಸಿಕೊಂಡು ವಿಧವಿಧವಾದ ಕೋಷ್ಟಕಗಳನ್ನು ಈ ತಂತ್ರಾಂಶದಲ್ಲಿ ರಚಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಮಾಧ್ಯಮಿಕ ದತ್ತಾಂಶಗಳು: ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದ ಹಾಗೂ ಪ್ರಕಟಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಈ ಕೆಳಗಿನ ವಿವಿಧ ಇಲಾಖೆಗಳ ವರದಿಗಳನ್ನು ಆಧರಿಸಿ ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ – ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ವರದಿಗಳು ಹಾಗೂ ಅಂಕಿ ಸಂಖ್ಯಾ ಸಂಗ್ರಹಣಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿ – ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳ ನೋಟ ೨೦೧೧, ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಇಲಾಖಾ ವರದಿ ೨೦೦೫, ಭಾರತೀಯ ಜನಗಣತಿ ವರದಿ ೨೦೧೧, ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ಬೆಂಗಳೂರು ೨೦೧೬, ಕರ್ನಾಟಕ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮೀಕ್ಷೆ, ಕರ್ನಾಟಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆ ೨೦೧೭, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ೧೯೮೩ ಮತ್ತು ೨೦೦೨, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ, ಡಾ. ಕ್ಯೂಮಂಜ್ ೨೦೦೫–೨೦೧೨, ಕರ್ನಾಟಕ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ೨೦೦೪, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರದ ಆರ್.ಡಿ.ಪಿ.ಆರ್ ಇಲಾಖೆಯ ಅಂತರ್ಜಾಲವಾದ ಪಂಚತಂತ್ರ, ಪಂಚಮಿತ್ರ, ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಹೆಚ್.ಐ.ಎಂ.ಎಸ್ ಹಾಗೂ ಸಂಶೋಧನಾ ಗ್ರಂಥಗಳನ್ನು ಆಧಾರವಾಗಿರಿಸಿ ಸಂಶೋಧನಾ ಪ್ರಬಂಧವನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

೧.೭. ಅಧ್ಯಯನದ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ಇತಿಮಿತಿಗಳು

ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಎಂಬ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಇಂದು ಹಲವಾರು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪೂರಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ವಲಯಗಳಲ್ಲೂ ಕಂಡುಬರುತ್ತಿವೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಪರಿಪೂರ್ಣವಾಗುವುದು ಮಾನವಾಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಮಿಳಿತದೊಂದಿಗೆ. ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ತಳಕು ಹಾಕಿಕೊಂಡಿರುವುದರಿಂದ ಪ್ರಸ್ತುತ ಈ ಜಾಗತಿಕರಣದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಜನರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ನಿರ್ಲಕ್ಷದಿಂದಿರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುವ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಹೊಟ್ಟೆಪಾಡಿಗಾಗಿ ಊರಿಂದೂರಿಗೆ ವಲಸೆ ಹೋಗುವ ಕಾರ್ಮಿಕ ವರ್ಗದವರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣೆಯ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ದಾದಿಯರ ಸೇವೆಯು ಪ್ರಮುಖವಾಗಿರುವುದನ್ನು ಮನಗಂಡಿರುವ ಕಾರಣ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಎದುರಿಸುವ ಸವಾಲುಗಳ ಬಗೆಗಿನ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಅವರ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುವುದು ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನದ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಯಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನದ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ಇತಿಮಿತಿಗಳ ಕುರಿತು ಕೆಳಕಂಡ ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ತಳಸ್ತರದ ಅಥವಾ ಕೆಳವರ್ಗದ ಜನರನ್ನು ಗುರಿಯಾಗಿಸಿಕೊಂಡು ರೂಪಿಸಿದಂತಹ ಸರಕಾರದ ಎಷ್ಟೋ ಯೋಜನೆಗಳು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ಸನ್ನು ಕಾಣುತ್ತಿಲ್ಲ. ಇದು ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಯೋಜನೆಗಳು ಎಷ್ಟರಮಟ್ಟಿಗೆ ಸಫಲತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ ಎಂಬುದರ ಕುರಿತಂತೆ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ೫ ತಾಲೂಕುಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ದಾದಿಯರನ್ನು ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಿ ಕೊಂಡು ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

- ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸರಕಾರವು ನಿಯೋಜಿಸಿದ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರಲ್ಲಿ ಸಂಶೋಧನೆಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗುವಂತೆ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ದಾದಿಯರನ್ನು ಮಾತ್ರ ಪರಿಗಣಿಸಿದ್ದು ಅಧ್ಯಯನದ ಗುಣಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸಾಂದರ್ಭಿಕವಾಗಿ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಮೌಖಿಕ ಸಂದರ್ಶನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

- ಮಾಹಿತಿದಾರರ ಗೌಪ್ಯತೆಯನ್ನು ಕಾಪಾಡುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಸತ್ಯವನ್ನು ಮರೆಮಾಚಿದ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಅಧ್ಯಯನದ ಸ್ಪಷ್ಟತೆಯನ್ನು ತೀರ್ಮಾನಿಸಲು ವಿಫಲವಾಗಿರುವುದು ಅಧ್ಯಯನದ ಮಿತಿಯಾಗಿದೆ.

- ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ದಾದಿಯರನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

- ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಹಿರಿಯ ಮತ್ತು ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಮತ್ತು ಪುರುಷ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿ/ಕರನ್ನು, ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳನ್ನು, ಇತರ ಅಧಿಕಾರಿ ವರ್ಗದವರನ್ನು ಮಾತ್ರ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಸಾಂದರ್ಭಿಕವಾಗಿ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಮೌಖಿಕ ಸಂದರ್ಶನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿರುವ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ೨೦,೮೯,೬೪೯ ಇದ್ದು ಇಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳು ಸ್ಥಾಪನೆಗೊಂಡಿವೆ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ಹೊರ ರಾಜ್ಯ ಹಾಗೂ ಹೊರ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಂದ ಬಂದಂತಹ ವಲಸಿಗರು ಕೂಡಾ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ತಮ್ಮ ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರವಾಗಿ ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ನಗರ ಪ್ರದೇಶ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದ ನಡುವೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ಹೋಲಿಸಿದಾಗ ನಗರ ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಅಜಗಜಾಂತರ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿದೆ.

ಇಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಹಾಗೂ ಅಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ದಾದಿಯರ ಜೊತೆಗೆ ವೈಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ ಹಾಗೂ ಗುಂಪು ಚರ್ಚೆಯೊಂದಿಗೆ ಅವರ ಆರೋಗ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಕಲೆಹಾಕಲಾಗಿದ್ದು, ಈಗಾಗಲೇ ಸರಕಾರದ ಇಲಾಖೆಗಳು ದಾಖಲಿಸಿರುವ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿರಿಸಿಕೊಂಡು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಕೈಗೊಂಡ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬಂದ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳನ್ನು ತುಲನಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಗಮನಿಸಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಯಾವುದೇ ಒಂದು ವಸ್ತುನಿಷ್ಠ ಹಾಗೂ ಪರಿಪೂರ್ಣವಾದ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕಾದರೆ ಆ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಂದು ಪರಿಧಿಯ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಈ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಅವಧಿಯ ಕಾಲಮಿತಿಯನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು "ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ" ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರದ ಕುರಿತು ಅಧ್ಯಯನ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ ಅಂದರೆ ಅಧ್ಯಯನದ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಂದು ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಇದರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರದ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯ ವಿಷಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗಳು, ಆಯ್ದುಕೊಂಡ ಪ್ರದೇಶದ ವ್ಯಾಪ್ತಿ, ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲ್ಪಟ್ಟ ನಮೂನೆಗಳು, ಸಮಯ ಮತ್ತು ಸನ್ನಿವೇಶಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದ ವಿಷಯಾನುಸಾರ "ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರ – ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ" ಎಂಬ ವಿಷಯ ಕುರಿತ ಅಧ್ಯಯನವು ತನ್ನ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಿಕೊಂಡು ಅಧ್ಯಯನ ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

೧.೮. ಅಧ್ಯಾಯಗಳ ವರ್ಗೀಕರಣ

ಅಧ್ಯಾಯ ಒಂದು: ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಇದರಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನದ ವಿಷಯ, ಸಮಸ್ಯೀಕರಣ, ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶಗಳು, ಅಧ್ಯಯನದ ಮಹತ್ವ, ಅಧ್ಯಯನದ ವಿಧಾನ, ಅಧ್ಯಯನದ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ಇತಿಮಿತಿಗಳು ಹಾಗೂ ಅಧ್ಯಯನದ ವಿಭಾಗೀಕರಣಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ ಎರಡು: ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಸಾಹಿತ್ಯ ಪರಾಮರ್ಶೆ ಇದರಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಾಹಿತ್ಯ ಪರಾಮರ್ಶೆ ಇದ್ದು, ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಬಗೆಗಿನ ಸಾಹಿತ್ಯ ವಿಮರ್ಶೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಬಗೆಗಿನ ಸಾಹಿತ್ಯ ವಿಮರ್ಶೆ, ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಮಾನವಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಕುರಿತಾದ ಸಾಹಿತ್ಯದ ಅವಲೋಕನ ಹಾಗೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರದ ಕುರಿತು ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಿ ನಡೆಸಲಾದ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯಗಳನ್ನು ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಿ ನಡೆಸಲಾದ ಸಾಹಿತ್ಯ ವಿಮರ್ಶೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ ಮೂರು: ಅಧ್ಯಯನದ ಕ್ಷೇತ್ರ ಪರಿಚಯ ಇದರಲ್ಲಿ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸಲಾಗಿದ್ದು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೊಳಪಡಿಸಿದ ತಾಲೂಕುಗಳ ಬಗೆಗಿನ ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತ ವಿವರಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡಿದೆ. ತಾಲೂಕುವಾರು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಮಾಹಿತಿ, ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ, ವೈದ್ಯರುಗಳ, ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷ/ಕಿಯರ ಸಾಮಾನ್ಯ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತ ಇತಿಹಾಸ, ಭೌಗೋಳಿಕ ವಿಸ್ತೀರ್ಣ, ಜನಸಂಖ್ಯೆ, ಲಿಂಗ ಪ್ರಮಾಣ, ಜನಸಾಂದ್ರತೆ, ಸಾಕ್ಷರತೆ ಪ್ರಮಾಣ, ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿಗತಿ, ಬೆಳೆಗಳು, ಬ್ಯಾಂಕ್‌ಗಳು, ಉದ್ಯೋಗ, ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸೂಚ್ಯಾಂಕ, ಶಿಕ್ಷಣ, ಕೈಗಾರಿಕೆ, ಸಾರಿಗೆ ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ, ನೀರಾವರಿ, ವ್ಯವಸಾಯ, ಮುಖ್ಯ ಕೆಲಸಗಾರರು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ ನಾಲ್ಕು: ದಾದಿಯರ ಕುರಿತಾದ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯಧಾರಿತ ಮಾಹಿತಿ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮತ್ತು ಚರ್ಚೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಬಳಕೆಯ ಅಧ್ಯಯನ, ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರದ ಅಧ್ಯಯನ ಹಾಗೂ ಅವರ ಪಾತ್ರದ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ, ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರದ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಅವರು ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು, ದಾದಿಯರ ಉತ್ತಮ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಸರಕಾರದ ಪಾತ್ರದ ಕುರಿತಂತೆ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಆಧಾರಿತ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದ್ದು, ಈ ವಿಷಯಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ ಐದು: ಸಮಾರೋಪ ಈ ಅಧ್ಯಾಯವು ಉಳಿದ ನಾಲ್ಕು ಅಧ್ಯಾಯಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಂಡ ಫಲಿತಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡುವುದರೊಂದಿಗೆ ಪರಿಹಾರೋಪಾಯಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸಿದೆ.

ಕೊನೆ ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು

೧. ಥಾಮಸ್ ಜೆ., "ವಾಟ್ ಇಸ್ ಒರಿಜಿನಲ್ ರಿಸರ್ಚ್", ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಆಫ್ ನಾರ್ಥ್ ಫ್ಲೋರಿಡಾ, ೨೦೧೧. ಪುಟ ೧೫.

೨. ಡಾ. ಟಿ.ಆರ್.ಚಂದ್ರಶೇಖರ್, "ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಮಾನವ ಬಡತನ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳು", ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೧೪. ಪುಟ ೧೪.

೩. ಪೀಟರ್ ಡೀಡ್ ಡಿ.ಡಬ್ಲ್ಯೂ., ವಾರ್‌ಫರ್ಡ್ ಜೆ., "ವರ್ಲ್ಡ್ ವಿಥೌಟ್ ಎಂಡ್– ಎಕನಾಮಿಕ್ ಎನ್‌ವಿರಾನ್‌ಮೆಂಟ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಸಸ್ಟೇನೆಬಲ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್– ಆಕ್ಸ್‌ಫರ್ಡ್ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್, ೧೯೯೩. ಪುಟ ೪೫೧.

೪. ವುಲ್ಫಾಂಗ್ ಸ್ಯಾಚ್ಸ್, "ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಡಿಕ್ಷನರಿ", ಓರಿಯಂಟ್ ಲಾಂಗ್ ಮ್ಯಾನ್, ೧೯೯೨. ಪುಟ ೧೫.

೫. ಅದೇ. ಪುಟ ೧೮.

೬. ಅದೇ. ಪುಟ ೨೪–೩೦.

೭. ಅದೇ. ಪುಟ ೩೨–೩೫.

೮. ಅದೇ. ಪುಟ ೩೬.

೯. ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಸೋಷಿಯಲ್ ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಆಫ್ ಯುನೈಟೆಡ್ ನೇಷನ್ಸ್–೧೯೯೬ ಡಿಕ್ಲೇರೇಷನ್.

೧೦. ಎಂ.ಆರ್.ನಾರಾಯಣ್, "ಎಜ್ಯುಕೇಷನ್, ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಕ್ವಾಲಿಟಿ

ಆಫ್ ಲೈಫ್ – ಮೆಷರ್‌ಮೆಂಟ್ ಇಶ್ಯೂಸ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಇಂಪ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್ ಫಾರ್ ಇಂಡಿಯಾ", ಆನ್‌ಲೈನ್ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್, ೨೦೦೮. ಪುಟ ೧೮.

೧೧. ವುಲ್ಫಾಂಗ್ ಸ್ಯಾಚ್ಸ್, "ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಡಿಕ್ಷನರಿ", ಓರಿಯಂಟ್ ಲಾಂಗ್ ಮ್ಯಾನ್, ೧೯೯೨. ಪುಟ ೩೮.

೧೨. ಅದೇ. ಪುಟ ೪೨.

೧೩. ಅದೇ. ಪುಟ ೫೪.

೧೪. ಅದೇ. ಪುಟ ೫೬.

೧೫. ಅದೇ. ಪುಟ ೬೨.

೧೬. ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ರಿಪೋರ್ಟ್, ೧೯೯೯. ಪುಟ ೪೫.

೧೭. ಅದೇ. ಪುಟ ೪೬.

೧೮. ಅದೇ. ಪುಟ ೪೭.

೧೯. ಜ್ಯೋತ್ಸ್ನಾಲಿ ಚೆಟಿಯಾ, "ಹ್ಯೂಮನ್ ರಿಸೋರ್ಸ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಆ್ಯಂಡ್ ದ ಕಾಂಟೆಕ್ಸ್ಟ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ", ಪ್ರತಿಧ್ವನಿ, ಪಬ್ಲಿಷ್‌ಡ್ ಬೈ ಬೆಂಗಾಲಿ ಡಿಪಾರ್ಟ್‌ಮೆಂಟ್, ೨೦೦೪.

೨೦. ಡಾ. ಟಿ,ಆರ್.ಚಂದ್ರಶೇಖರ್, ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಮಾನವ ಬಡತನ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳು", ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೧೪. ಪುಟ ೧೮–೩೬.

೨೧. ಜೆರಾಲ್ಡ್ ಎ. ಡಾಕ್ಸನ್, "ಮೆಷರ್ಸ್ ದ ಎಕನಾಮಿಕ್ ಇಂಪೋರ್ಟೆನ್ಸ್ ಆಫ್ ದ ಹೆಲ್ತ್ ಸೆಕ್ಟರ್ ಆನ್ ಎ ಲೋಕಲ್ ಎಕನಾಮಿ", ಎಸ್.ಆರ್.ಡಿ.ಸಿ., ೨೦೧೨. ಪುಟ ೨೦೨.

೨೨. "ಟಾರ್ಗೆಟ್ಸ್ ಆಫ್ ದ ನ್ಯಾಷನಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಪಾಲಿಸಿ, ೧೯೮೩", ಡಬ್ಲ್ಯೂಡಬ್ಲ್ಯೂಡಬ್ಲ್ಯೂ ಜಾಗರಣ್‌ಜೋಷ್.ಕಾಮ್/ಕೀ.

೨೩. ಬೆಂಜಮಿನ್ ಮೇಸನ್ ಮೇಯರ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಆ್ಯಶ್ಲೇ ಎಂ. ಫಾಕ್ಸ್, "ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಆ್ಯಸ್ ಹೆಲ್ತ್– ಎಂಪ್ಲಾಯಿಂಗ್ ದ ಕಲೆಕ್ಟಿವ್ ರೈಟ್ ಟು ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಟು ಎಚೀವ್ ದ ಗೋಲ್ಸ್ ಆಫ್ ದ ಇನ್‌ಡಿವಿಜ್ಯೂವಲ್ ರೈಟ್ ಟು ಹೆಲ್ತ್. ಪುಟ ೨೫೫–೨೬೦.

೨೪. ದೇವೇಂದ್ರ ಬಿ. ಗುಪ್ತ ಆ್ಯಂಡ್ ಅನಿಲ್ ಗುಂಬರ್, "ಡಿಸೆಂಟ್ರಲೈಝೇಷನ್ – ಸಮ್ ಇನಿಷಿಯೇಟಿವ್ಸ್ ಇನ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸೆಕ್ಟರ್", ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೩೪, ೧೯೯೯. ಪುಟ ೩೫೭.

೨೫. ವರ್ಲ್ಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆರ್ಗನೈಝೇಷನ್ ರಿಪೋರ್ಟ್, ೧೯೪೮.

೨೬. ಅದೇ.

೨೭. ಅದೇ.

೨೮. ಆ್ಯಂಟನಿ ಸ್ಟ್ರಿಚ್‌ಮ್ಯಾಟರ್, "ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಎಕನಾಮಿಕ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್", ಬರ್ಲಿನ್ ಹುಡೆಲ್‌ಬರ್ಗ್, ೨೦೧೨. ಪುಟ ೧೧೩.

೨೯. ಅಂಬುಜ್ ಡಿ. ಸಾಗರ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಆದಿಲ್ ನಜಂ, "ಶೇಪಿಂಗ್ ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ವಿಚ್ ವೇ ನೆಕ್ಸ್ಟ್", ಥರ್ಡ್ ವರ್ಲ್ಡ್ ಕ್ವಾಟರ್ಲಿ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೨೦, ೧೯೯೯. ಪುಟ ೭೪೩–೭೫೧.

೩೦. "ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ – ಎ ಕಂಪೈಲೇಷನ್ ಆಫ್ ಆರ್ಟಿಕಲ್ಸ್ ಫ್ರಂ ಫೈನಾನ್ಸ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್" ಬೈ ಐ.ಎಂ.ಎಫ್, ವಾಷಿಂಗ್ಟನ್, ೨೦೦೪.

೩೧. ಚಿತ್ರಭ್ರತ ಪಲಿತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಅಚಿಂತ್ಯ ದತ್ತಾ, "ಹಿಸ್ಟರಿ ಆಫ್ ಮೆಡಿಸಿನ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ", ಕಲ್ಪಾರುಝ್ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್, ೨೦೦೪. ಪುಟ ೩೪.

೩೨. ಅದೇ. ಪುಟ ೪೬.

೩೩. ಅದೇ. ಪುಟ ೪೭.

೩೪. ಅದೇ. ಪುಟ ೪೮.

೩೫. ಅದೇ. ಪುಟ ೫೦.

೩೬. ಅದೇ. ಪುಟ ೫೨.

೩೭. ಎಂ. ಚೋಕ್ಸಿ, ಬಿ. ಪಾಟೀಲ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಎಸ್. ಝೊಡ್ನಿ, "ಹೆಲ್ತ್ ಸಿಸ್ಟಂ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ", ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಪೆರಿನಾಟೊಲೊಜಿ, ೨೦೦೪. ಪುಟ ೧೨೨.

೩೮. ಅದೇ. ಪುಟ ೧೩೩.

೩೯. ಅದೇ. ಪುಟ ೧೪೦.

೪೦. ಹಿಸ್ಟರಿ ಆಫ್ ಮ್ಯಾಂಗಲೋರ್ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ಸ್–ಎಚ್‌ಟಿಟಿಪಿಎಸ್/ಐಎನ್.ಎಂ.ವಿಕಿಪೀಡಿಯಾ. ಓಆರ್‌ಜಿ.

೪೧. ಕಯ್ಯಾರ ಕಿಂಞಣ್ಣ ರೈ, "ನನ್ನ ಬಾಲ್ಯದ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ", ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿ, ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆ, ಮಂಗಳೂರು, ೨೦೦೦. ಪುಟ ೮೮.

೪೨. ಬಿಮಲ್ ಕೆ.ಪಿ., "ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವೀಸ್ ರಿಸೋರ್ಸಸ್ ಆ್ಯಸ್ ಎ ಡಿಟರ್‌ಮಿನೆಂಟ್ ಆಫ್

ಇನ್‌ಫ್ಯಾಂಟ್ ಡೆತ್ ಇನ್ ರೂರಲ್ ಏರಿಯಾ", ಸೋಷಿಯಲ್ ಸಯನ್ಸ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, ೧೯೯೧. ಪುಟ ೪೩–೪೫.

೪೩. ಅದೇ. ಪುಟ ೪೮.

೪೪. ಪ್ರಕಾಶ್ ಐ.ಜೆ., "ವುಮೆನ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಏಜಿಂಗ್", ಇಂಡಿಯನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, ೧೯೯೭. ಪುಟ ೩೯೫.

೪೫. ಅದೇ. ಪುಟ ೩೯೮.

೪೬. ಸೆಂಟ್ರಲ್ ಬ್ಯೂರೋ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಇಂಟೆಲಿಜೆನ್ಸ್ ಡೈರೆಕ್ಟೊರೇಟ್, ಜನರಲ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವೀಸಸ್, ಮಿನಿಸ್ಟ್ರಿ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ವೆಲ್ಫೇರ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ, ೨೦೦೫ ಟು ೨೦೧೨.

೪೭. ಸ್ಯಾಂಪಲ್ ರಿಜಿಸ್ಟ್ರೇಷನ್ ಸಿಸ್ಟಂ(ಎಸ್‌ಆರ್‌ಎಸ್) ಬುಲೆಟಿನ್, ಗವರ್ನ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ, ೨೦೧೧.

೪೮. ಎಸ್‌ಆರ್‌ಎಸ್ ಬುಲೆಟಿನ್, ಗವರ್ನ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ, ೨೦೧೬.

೪೯. ಸ್ಟ್ಯಾಟಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ವೆಲ್ಫೇರ್ ಫಂಡ್, ಗವರ್ನ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ, ೨೦೧೨.

೫೦. ಸ್ಟ್ಯಾಟಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ವೆಲ್ಫೇರ್ ಫಂಡ್, ಗವರ್ನ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ, ೨೦೧೫.

೫೧. ಮುದಿಯಾರ್ ಜಿ., "ಇನ್‌ಎಡಿಕ್ವೇಟ್ ರೆಗ್ಯೂಲೇಷನ್ಸ್ ಅಂಡರ್‌ಮೈನ್ ಇಂಡಿಯಾಸ್ ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್", ಬಿ.ಎಂ.ಜೆ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್, ೨೦೦೪. ಪುಟ ೧೨೪.

೫೨. ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳು, ಭಾರತ ಸರಕಾರ, ೨೦೧೩.

೫೩. ರೂರಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸ್ಟ್ಯಾಟಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್, ಮಿನಿಸ್ಟ್ರಿ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ವೆಲ್ಫೇರ್, ಗವರ್ನ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ, ೨೦೧೫.

೫೪. ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳು, ಭಾರತ ಸರಕಾರ, ೨೦೧೩.

೫೫. ರೂರಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸ್ಟ್ಯಾಟಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್, ಮಿನಿಸ್ಟ್ರಿ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ವೆಲ್ಫೇರ್, ಗವರ್ನ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ, ೨೦೧೫.

೫೬. ನ್ಯಾಷನಲ್ ರೂರಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಮಿಷನ್, ಗವರ್ನ್‌ಮೆಂಟ್.ಇನ್/ಎನ್‌ಎಚ್‌ಎಂ/ಎನ್‌ಆರ್ ಎಚ್‌ಎಂ. ಹೆಚ್‌ಟಿಎಂಎಲ್.

೫೭. ಅದೇ.

೫೮. ದೇವೇಂದ್ರ ಪಿ. ಗುಪ್ತಾ ಆ್ಯಂಡ್ ಅನಿಲ್ ಗುಂಬರ್, "ಡಿಸೆಂಟ್ರಲೈಝೇಶನ್ ಸಮ್ ಇನೀಷಿಯೇಟಿವ್ಸ್ ಇನ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸೆಕ್ಟರ್", ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೩೮. ಪುಟ ೩೫೭.

೫೯. ದೇಬಬ್ರತ ಬ್ಯಾನರ್ಜಿ, "ಸಿಂಪ್ಲಿಸ್ಟಿಕ್ ಎಪ್ರೋಚ್ ಟು ಹೆಲ್ತ್ ಪಾಲಿಸಿ ಎನ್ಯಾಲಿಸಿಸ್", ವರ್ಲ್ಡ್ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಟೀಂ ಆನ್ ಇಂಡಿಯನ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸೆಕ್ಟರ್, ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ. ಪುಟ ೨೦೭.

೬೦. ವರ್ಲ್ಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸ್ಟ್ಯಾಟಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್, ವರ್ಲ್ಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆರ್ಗನೈಝೇಶನ್, ೨೦೧೫.

೬೧. ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳು, ಭಾರತ ಸರಕಾರ, ೨೦೧೫.

೬೨. ರೂರಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸ್ಟ್ಯಾಟಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್, ಮಿನಿಸ್ಟ್ರಿ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ವೆಲ್ಫೇರ್, ಗವರ್ನ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ, ೨೦೧೫.

೬೩. "ನರ್ಸಿಂಗ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಎಕನಾಮಿಕ್ ಡೌನ್‌ಟರ್ನ್ – ಎ ರೌಂಡ್ ಟೇಬಲ್ ಡಿಸ್‌ಕಶನ್", ರಾಯಲ್ ಕಾಲೇಜ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, ೨೦೧೩. ಪುಟ ೧೬

೬೪. ಅದೇ. ಪುಟ ೧೭–೨೦.

೬೫. ಫೋರಿನೋ ಪೊಲಿಸ್, "ವಾಟ್ ಇಸ್ ನರ್ಸಿಂಗ್", ರೋಲ್ ಇನ್ ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಷನಲ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಗ್ಲೋಬಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಟೆಕ್ಸ್ಟ್, ೨೦೧೨. ಪುಟ ೧೪೧.

೬೬. ವರ್ಲ್ಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆರ್ಗನೈಝೇಶನ್, "ದ ರೋಲ್ ಆಫ್ ದ ಆಕ್ಯುಪೇಷನಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ನರ್ಸ್ ಇನ್ ವರ್ಕ್ ಪ್ಲೇಸ್", ಹೆಲ್ತ್ ಮ್ಯಾನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್, ೨೦೦೧. ಪುಟ ೧೫೪.

೬೭. "ಸ್ಟ್ರಾಟಜಿ ಹೆಲ್ತ್ ಫಾರ್ ಆಲ್ – ನರ್ಸಿಂಗ್ ರೋಲ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪರ್ಸ್ಪೆಕ್ಟಿವ್ಸ್", ಅಮೇರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, ೨೦೦೪. ಪುಟ ೧೪೮.

೬೮. ಅದೇ. ಪುಟ ೧೫೦.

೬೯. ಡೇವಿಡ್ ಎಂ., "ಮ್ಯಾಪಿಂಗ್ ದ ಎಕನಾಮಿಕ್ ವ್ಯಾಲ್ಯೂ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್", ಕೀಪ್ ನ್ಯೂಸ್, ಡಬ್ಲ್ಯೂ.ಎಸ್.ಎನ್.ಎ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್, ವಾಷಿಂಗ್ಟನ್, ೨೦೧೨. ಪುಟ ೬೪.

೨೦. ಅದೇ. ಪುಟ ೬೮.

೨೧. ಮರ್ಲಿನ್ ಕ್ಲೈನ್‌ಬರ್ಗ್, “ಎನ್ ಹಿಸ್ಟರಿಕಲ್ ಓವರ್‌ವ್ಯೂ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್”, ಎಲ್.ಎಲ್.ಸಿ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್, ೨೦೧೪. ಪುಟ ೧೨೫.

೨೨. ಹ್ಯಾರೋ, “ನರ್ಸಿಂಗ್ ಮ್ಯಾನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್ – ಎ ಗೈಡ್ ಟು ಎಕನಾಮಿಕ್ ಎಸ್ಸೆಸ್‌ಮೆಂಟ್ ಇನ್ ನರ್ಸಿಂಗ್”, ಹಿಲ್ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್, ೨೦೧೪. ಪುಟ ೧೨೦.

೨೩. ಅದೇ. ಪುಟ ೧೨೩.

೨೪. ಅದೇ. ಪುಟ ೧೨೮.

೨೫. “ನರ್ಸಿಂಗ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಎಕನಾಮಿಕ್ ಡೌನ್‌ಟರ್ನ್ – ಎ ರೌಂಡ್ ಟೇಬಲ್ ಡಿಸ್ಕಷನ್”, ರಾಯಲ್ ಕಾಲೇಜ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, ೨೦೧೫.

೨೬. ಹ್ಯಾರೋ, “ನರ್ಸಿಂಗ್ ಮ್ಯಾನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್ – ಎ ಗೈಡ್ ಟು ಎಕನಾಮಿಕ್ ಎಸ್ಸೆಸ್‌ಮೆಂಟ್ ಇನ್ ನರ್ಸಿಂಗ್”, ಹಿಲ್ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್, ೨೦೧೪. ಪುಟ ೧೩೦.

೨೭. “ನರ್ಸಿಂಗ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಎಕನಾಮಿಕ್ ಡೌನ್‌ಟರ್ನ್ – ಎ ರೌಂಡ್ ಟೇಬಲ್ ಡಿಸ್ಕಷನ್”, ರಾಯಲ್ ಕಾಲೇಜ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, ೨೦೧೫.

೨೮. ಹಫೀಝಾ ಫೌಝಿಯಾ ತಬಸ್ಸುಂ ಆ್ಯಂಡ್ ರಶೀದ್ ಮೆನಾಝ್, “ದ ರೋಲ್ ಆಫ್ ಮಿಡ್‌ವೈಫ್ಸ್ ಇನ್ ಮದರ್ ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್”, ಅಮೆರಿಕನ್ ಯುರಿಸಿಯನ್ ಜೆ. ಹೆನ್ರಿಕ್ಸ್ ಏರಿಯಾಸ್ ಮೆಂಟಲ್ ಸಯನ್ಸ್, ೨೦೧೪. ಪುಟ ೧೨೩೬–೧೨೩೯.

೨೯. ಅದೇ. ಪುಟ ೧೨೪೮–೧೨೬೦.

೩೦. ಲಿಪ್ಪಿನ್‌ಕೋಟ್ ವಿಲಿಯಮ್ಸ್ ಆ್ಯಂಡ್ ವಿಲ್ಕಿನ್ಸ್, “ನರ್ಸಿಂಗ್ ಫಾರ್ ಅಮೆರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್”, ಅಧ್ಯಾಯ ೩೨, ನಂ. ೩, ೧೯೩೨. ಪುಟ ೪೪೭.

೩೧. ಅದೇ. ಪುಟ ೪೬೦.

೩೨. ಹ್ಯೊಟ್ ಬ್ಲೆಕ್ಕೆ, “ಹೆಲ್ತ್, ಹ್ಯೂಮನ್ ಕ್ಯಾಪಿಟಲ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್”, ಎನ್ಯೂವಲ್ ರಿವ್ಯೂ ಆಫ್ ಎಕನಾಮಿಕ್ಸ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೨, ೨೦೧೦. ಪುಟ ೨೮೩–೩೧೦.

೩೩. ಟಿಮ್ ಕರ್ಲ್‌ಬರ್ನ್, ಜಾಸ್ಮಿನ್ ಗೈಡಾನ್, ನೋರಾ ಗ್ರೋಸ್, ಮೈಕಲ್ ಹೈನ್‌ರಿಚ್, ಇಲಾನ್ ಕೆಲ್‌ಮನ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಮರಿಯಾ ಕಟ್, “ಥಿಂಕಿಂಗ್ ಬಿಯಾಂಡ್ ಸೆಕ್ಟರ್ಸ್ ಫಾರ್ ಸಸ್ಟೈನೆಬಲ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್”, ಯುಬಿಕ್ವಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್, ೨೦೧೫. ಪುಟ ೬೦–೧೨೦.

೩೪. ಅದೇ. ಪುಟ ೧೨೨.

೮೫. ಮೋನಿಕಾದಾಸ್ ಗುಪ್ತಾ, "ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ", ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೪೦, ೨೦೦೫. ಪುಟ ೫೧೪೯-೫೧೬೦.

೮೬. ಫ್ರಾಂಕ್ಸ್ ರೋಮರ್‌ಶೈನ್, "ಎಕನಾಮಿಕ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯನ್ ಕಂಟ್ರಿ - ವಾಟ್ ಆರ್ ದ ಕ್ವಶ್ಚನ್ಸ್", ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಆಫ್ ಓಕ್ಲಾಮಾ ಕಾಲೇಜ್ ಆಫ್ ಲಾ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೧೨, ನಂ.೨, ೧೯೮೪. ಪುಟ ೧೯೫-೧೯೭.

೮೭. ಓ.ಡಿ. ಹೆಗ್ಗಡೆ, "ಕಾನ್ಸೆಪ್ಟ್ ಆಫ್ ವುಮೆನ್ ಏಜೆನ್ಸಿ- ಎ ಸ್ಟ್ರಾಟಜಿ ಫಾರ್ ವುಮೆನ್ ಎಂಪವರ್‌ಮೆಂಟ್", ಅರ್ಜುನ್ ಪಬ್ಲಿಷಿಂಗ್ ಹೌಸ್, ೨೦೦೬. ಪುಟ ೩೨-೫೬.

೮೮. ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ರಿಪೋರ್ಟ್, ೧೯೯೦.

೮೯. ಟಿ.ಆರ್. ಚಂದ್ರಶೇಖರ್, "ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಬಡತನ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳು", ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

೯೦. ದಾಸ್ ಗುಪ್ತಾ, "ದ ಹ್ಯೂಮನ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಸೋಷಿಯಲ್ ಕಂಪ್ಯಾರಿಸನ್ ಆಫ್ ದ ಡಿಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಆಫ್ ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್, ಹ್ಯೂಮನ್ ಸೆಕ್ಯೂರಿಟಿ ಆ್ಯಂಡ್ ಸೋಷಿಯಲ್ ಇಕ್ವಾಲಿಟಿ", ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೧, ನಂ. ೧, ೨೦೧೧. ಪುಟ ೧೦೮.

೯೧. ಆರ್. ಮುರ್ರೆ ಥಾಮಸ್, "ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ರಿಲೇಷನ್ಸ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಥಿಯರಿ ಆ್ಯಂಡ್ ಎಜ್ಯುಕೇಷನಲ್ ಪ್ರಾಕ್ಟಿಸಸ್", ಕಂಪ್ಯಾಟಿವ್ ಎಜ್ಯುಕೇಷನ್ ರಿವ್ಯೆವ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೩೦, ನಂ.೩, ೧೯೮೬. ಪುಟ ೨೯೯-೩೨೦.

ಅಧ್ಯಾಯ ಎರಡು

ಸಾಹಿತ್ಯ ಪರಾಮರ್ಶೆ

ಅಧ್ಯಾಯ ಎರಡು

ಸಾಹಿತ್ಯ ಪರಾಮರ್ಶೆ

ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಜನರ, ಅದರಲ್ಲೂ ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಕುರಿತಂತೆ ಹಲವಾರು ಯೋಜನೆಗಳು ಸರಕಾರದಿಂದ ಆಯೋಜಿಸಲ್ಪಡುತ್ತಿದೆ. ಕಡಿಮೆ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ಪಾವತಿಸಿ ಸುಲಭ ಹಾಗೂ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಜನರಿಗೆ ನೀಡುವ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರದ ಕುರಿತಂತೆ ಕೈಗೊಂಡ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿ ನಡೆಸಲಾದ ಸಾಹಿತ್ಯ ಪರಾಮರ್ಶಣೆಯನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಧ್ಯಯನದ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ, ರಾಜ್ಯ ಹಾಗೂ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿತವಾದ ಸಾಹಿತ್ಯಗಳ ಪರಾಮರ್ಶಣೆಯನ್ನು ನಡೆಸಿ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಕಲೆಹಾಕಿ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ತಾತ್ವಿಕ ನೆಲೆಗಟ್ಟನ್ನು ನೀಡಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಬಗೆಗಿನ ಸಾಹಿತ್ಯ ಪರಾಮರ್ಶೆ:

ಡಾ. ಟಿ.ಆರ್. ಚಂದ್ರಶೇಖರ್ ಅವರು ತಮ್ಮ “ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಮಾನವ ಬಡತನ ಹಾಗೂ ಹಕ್ಕುಗಳು” ಎಂಬ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ, “ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕೇಂದ್ರೀಕರಣಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಮಾನವ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗಿದ್ದು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯ ಜೊತೆ ತಳಕು ಹಾಕಿಕೊಂಡಿರಲಿಲ್ಲ. ಒಂದು ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಬಹಳ ಅಗತ್ಯ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಎರಡು ರೀತಿಯ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದು ಜನರನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳುವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹಾಗೂ ಜನರನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ”[1] ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ. ತಮ್ಮ ವಾದವನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸುತ್ತಾ ವರಮಾನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ದೇಶದ ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದೇ ಹೊರತು ಅದು ಜನರನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳುವ ಪರಿಪೂರ್ಣ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಬಡತನವು ಮಾನವನನ್ನು ಹಲವಾರು ಅವಕಾಶಗಳಿಂದ ವಂಚಿತರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅದರಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯಕಾರಣ ಉತ್ತಮ ಶಿಕ್ಷಣ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ. ಮಾನವನು ಈ ಎರಡು ಅಂಶಗಳನ್ನು ಪಡೆದನೆಂದರೆ ಆತನು ಉತ್ತಮ ಜೀವನವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಹೀಗೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಕೇವಲ ವರಮಾನ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗಿರದೆ ಮಾನವ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗಿರಬೇಕು ಎಂದಿರುತ್ತಾರೆ.

ಇಲ್ಲಿ ವರಮಾನ ಏರಿಕೆಯೊಂದೇ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಧ್ಯೇಯವಲ್ಲ. ಮಾನವನು ಉತ್ತಮ ಜೀವನವನ್ನು ನಡೆಸಲು ಇರುವ ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ಸದುಪಯೋಗಪಡಿಸಿಕೊಂಡರೆ ಮಾತ್ರ ಅದು ಮಾನವನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಪೂರಕವಾದ ಅಂಶವಾಗಬಹುದು ಎಂಬುದು ಇಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುವ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.

ಡಾ. ಕೆ.ಸಿ.ಚೆನ್ನಮ್ಮ ಅವರು, 'ಮಹಿಳೆಯ ದುಡಿಮೆಯ ಏಕರೂಪತೆಯ ಪ್ರಶ್ನೆ' ಎಂಬ ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ,"ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯೇ ಅಸ್ವತಂತ್ರ್ಯವನ್ನು, ಕಡಿಮೆ ಆರ್ಥಿಕ ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಅಳಿಸಿ ಹಾಕುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸೌಲಭ್ಯದ ಕೊರತೆ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅಲಕ್ಷ್ಯ ಹಾಗೂ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಕ್ಕೆ ಧಕ್ಕೆ ಬರುವಂತಹ ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ತೊಡೆದುಹಾಕುವುದೇ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಮುಖ್ಯ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಪೂರಕವಾಗಿದೆ. ಮಾನವನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಅವನ ಧಾರಣಾ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತವಾಗಿದೆ. ಮಾನವನ ಹೆಚ್ಚಿನ ಧಾರಣಾ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವು ಆತನಿಗೆ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸುತ್ತದೆ. ಮಾನವನು ಈ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ಕ್ರಿಯಾಶೀಲನಾಗುತ್ತಾನೆ. ಈ ಮೂಲಕವಾಗಿ ತನ್ನನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯೆಡೆಗೆ ಸಾಗಿಸುತ್ತಾನೆ"[೨] ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ.

ಮಾನವನ ಧಾರಣಾ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವು ಆತನ ಶಿಕ್ಷಣ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಉತ್ತಮ ಶಿಕ್ಷಣವು ಆತನಿಗೆ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಉನ್ನತ ಅವಕಾಶಗಳ ಬಳಕೆಗೆ ಪ್ರೇರೇಪಣೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವು ಬದುಕಿನಲ್ಲಿ ಆಶಾದಾಯಕ ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಉತ್ತೇಜಿಸುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ಮಾನವನು ಅವುಗಳನ್ನು ಒಂದು ಉತ್ತಮ ಗುರಿಯಾಗಿ ತನ್ನ ಬದುಕಿನ ಏಳಿಗೆಗೆ ಪೂರಕ ಸಂಪತ್ತಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಸಹಕರಿಸುತ್ತದೆ.

ಡಾ.ಚಂದ್ರ ಪೂಜಾರಿ ಅವರು 'ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳು' ಎಂಬ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ, "ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹಾಗೂ ಅನಭಿವೃದ್ಧಿ ಎಂಬ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಗೆ ಬಹಳ ಹಿಂದಿನ ಇತಿಹಾಸವಿಲ್ಲ. ಇದು ಹತ್ತನೇ ಶತಮಾನದ ಅರ್ಧದ ನಂತರ ಶುರುವಾದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಲ್ಪನೆಗಳ ಪ್ರಚಲಿತಕ್ಕೂ ಮುನ್ನ ಸಿರಿವಂತಿಕೆ, ಸಂಪತ್ತಿನ ಕಲ್ಪನೆಯು ಜನರಲ್ಲಿ ಇದ್ದಿತು. ಆದರೆ ಅವು ವಿಭಿನ್ನವಾಗಿದ್ದವು"[೩] ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಸಂಪತ್ತನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸುವ ಮಾರ್ಗದ ಅರಿವೂ ಜನರಿಗೆ ಅಷ್ಟಾಗಿ ಇದ್ದಿರಲಿಲ್ಲ. ಅಮೆರಿಕಾದ ಅಧ್ಯಕ್ಷ ಟ್ರೂಮನ್ ಅವರಿಂದಾಗಿ ದೊಡ್ಡ ದೇಶಗಳು ಗಳಿಸಿದ ಸಿರಿವಂತಿಕೆ ಯನ್ನು ಸಣ್ಣ ಹಾಗೂ ಹಿಂದುಳಿದ ದೇಶಗಳಿಗೆ ಹಂಚಬೇಕೆನ್ನುವ ಉದಾರತೆಯ ಹಿಂದೆಯೇ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹಾಗೂ ಅನಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಲ್ಪನೆಗಳು ಹುಟ್ಟಿಕೊಂಡವು.

ಹೀಗೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಪರಿಭಾಷೆಯು ಟ್ರೂಮನ್ ಅವರ ಘೋಷಣೆಯ ನಂತರದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಯಾದರೂ ಬಹುಶಃ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ, ಕಲ್ಯಾಣ ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರದ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಗಳೂ ಸಹ ಒಂದರ್ಥದಲ್ಲಿ ಏಳಿಗೆಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಹೊಂದಿತ್ತು ಎನ್ನಬಹುದು. ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರದ ಪಿತಾಮಹ ಆ್ಯಡಂಸ್ಮಿತ್ ಅವರು ಸಂಪತ್ತನ್ನು ಗಳಿಸುವುದೇ ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರದ ಪ್ರಮುಖ ಉದ್ದೇಶವೆಂದು ಹೇಳಿದ್ದರು. ಮಾನವನ

ಕಲ್ಯಾಣ ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರದ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಲ್ಲಿಯೇ ಇದ್ದಿತು ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳು ಸರ್ಕಾರಗಳ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶವನ್ನು ಸ್ವಾಗತಿಸಿಲ್ಲವಾದರೂ ಅಂತಿಮ ಗುರಿಯು ಒಂದರ್ಥದಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಬಹುದು. ಬಹುಶಃ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಅನಭಿವೃದ್ಧಿಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳು, ಪರಿಭಾಷೆಗಳು ಹಾಗೂ ಅದರ ಮಾನದಂಡಗಳು ಕಾಲಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ವೈಚಾರಿಕತೆಗನುಗುಣವಾಗಿ ಬದಲಾಗಿರಬಹುದು.

ಶಶಿಪ್ರಭಾ ಶರ್ಮ ಅವರು,"ಗಾಂಧೀಜಿಯವರು ಮಾನವೀಯತೆ ಹಾಗೂ ನೈತಿಕತೆಯ ಚೌಕಟ್ಟಿನಿಂದ ಕೂಡಿದ ತನ್ನ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳನ್ನು ಕೇವಲ ಮಾತಿನಲ್ಲಾಗಲೀ, ಬರಹ ರೂಪದಲ್ಲಾಗಲೀ ಪ್ರಕಟಪಡಿಸದೆ ಕಾರ್ಯರೂಪದಲ್ಲಿಯೇ ಸಾಧಿಸಿ ತೋರಿಸಿದರು"[೪] ಎನ್ನುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಗಾಂಧೀಜಿಯವರು ಯುರೋಪ್ ಮಾದರಿಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ಬೆಂಬಲಿಸಲಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ಬಡತನ ನಿವಾರಣೆಗೆ ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿನ ಗುಡಿ ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳು ನೀಡುವ ಉದ್ಯೋಗವಕಾಶಗಳು ಬಹಳ ಅಗತ್ಯ. ಕೈಗಾರಿಕೀಕರಣವನ್ನು ಗಾಂಧೀಜಿಯವರು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸಲಿಲ್ಲ. ಅದು ಅನೇಕ ಜನರ ಉದ್ಯೋಗವನ್ನು ಕಸಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಕೆಲವೇ ಕೆಲವು ಶ್ರೀಮಂತರ ಸುಪರ್ದಿಯಲ್ಲಿರುವ ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳು ಬಡ ಜನರ ಅನ್ನವನ್ನು ಕಿತ್ತುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಯಂತ್ರಗಳ ಬಳಕೆ ಉತ್ಪಾದನೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿದರೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರ ಬದುಕಿಗೆ ಬಡತನದ ಶಾಶ್ವತ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ತಂದೊಡ್ಡಬಹುದು ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಡುತ್ತಾರೆ.

ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಗ್ರಾಮಗಳಿಂದ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗಬೇಕು. ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಉದ್ಯೋಗದ ಅವಕಾಶಗಳು ಅಧಿಕವಾದರೆ ದುರ್ಬಲವರ್ಗದ ಜನರು ಉತ್ತಮ ಜೀವನವನ್ನು ನಡೆಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಬಹುದು. ಗಾಂಧೀಜಿಯವರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ನೈತಿಕ ಮೌಲ್ಯಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತು ಕೊಟ್ಟಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಬಹುದು.

ಸರ್ಜ್ ಲೆಟಚ್‌ರವರು ಹೇಳುವಂತೆ, "ಉತ್ತಮ ಜೀವನಮಟ್ಟವು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಒಂದು ಸಂಕೇತವಾಗಿದೆ. ಜೀವನಮಟ್ಟವನ್ನು ಸರಾಸರಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆದಾಯದಿಂದ ಖರೀದಿಸಬಹುದಾದ ಸರಕು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳ ಪ್ರಮಾಣದಿಂದ ಅಳೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಪರಿಮಾಣದಿಂದ ಅಳೆಯಲಾದ ಜೀವನಮಟ್ಟವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದರೆ, ಆವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದು."[೫] ಉತ್ತಮ ಜೀವನವನ್ನು ನಡೆಸುವುದು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಮಾನವನ ಕನಸು. ಅದು ಅವನ ಜೀವನದ ದೊಡ್ಡ ಬೇಡಿಕೆಯೆಂದರೂ ತಪ್ಪೇನಿಲ್ಲ. ಹಾಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಆದಾಯವನ್ನು ಗಳಿಸುವುದು ಆತನ ಜೀವನದ ಪರಮ ಗುರಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಉತ್ತಮ ಜೀವನ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಆದಾಯ ಬಹಳ ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ೧೯೧೯ರ ಲೀಗ್ ಆಫ್ ನೇಷನ್ಸ್‌ನ ಧ್ಯೇಯವಾಕ್ಯವೂ ಅದೇ ಆಗಿದೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹಾಗೂ ಜನರ ಕ್ಷೇಮವು ಅವರ ಜೀವನ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ. ಉತ್ತಮ ಜೀವನ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಜನರು ಒಂದು ಹೊಸದಾದ ಹಾಗೂ ಸ್ವಚ್ಛ ನಾಗರಿಕತೆಯನ್ನು

ರೂಪಿಸುವ ರೂವಾರಿಗಳಾಗುತ್ತಾರೆ. ೧೯೪೮ರ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಘೋಷಣೆಯು ಎಲ್ಲಾ ಮಾನವರನ್ನು ಸಮಾನ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಕಾಣುವಂತೆ ಪ್ರೇರೇಪಿಸಿತು. ಇದು ಜನರ ಸಂತೋಷ ಹಾಗೂ ತೃಪ್ತಿಯ ಜೀವನಕ್ಕೆ ಪ್ರೇರಣೆಯಾಯಿತು ಎಂದು ಸರ್ಜ್ ಅವರು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಡುತ್ತಾರೆ.

ಉತ್ತಮ ಜೀವನ ಮಟ್ಟವು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಸಂಕೇತವಾದರೂ ಇನ್ನುಳಿದ ಅಂಶಗಳೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಸಂಕೇತಗಳಾಗಿವೆ. ಉತ್ತಮ ಜೀವನ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಆದಾಯವೊಂದೇ ಸಾಲದು. ಮಾನವನ ಹಕ್ಕುಗಳು ಕೇವಲ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಕ್ಕಷ್ಟೇ ಮೀಸಲಾಗಿರಬಾರದು. ಉತ್ತಮ ಜೀವನಮಟ್ಟವು ಮಾನವನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಬೇಕು ಹಾಗೂ ಹಕ್ಕುಗಳ ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ನೀಡಬೇಕು. ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ವರಮಾನ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗದೆ ಜನರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳಬೇಕು.

ಡಾ. ಎಂ.ಚಂದ್ರ ಪೂಜಾರಿಯವರು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಕುರಿತಾದ ತನ್ನ ನಿಲುವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುತ್ತಾ, "ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಇಂದು ವಿಸ್ತಾರವಾದ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯಾಗಿದೆ. ಇದು ಜನರೊಂದಿಗೆ ಬೆರೆತುಹೋಗಿರುವ ಒಂದು ಶಿಸ್ತು ಆಗಿದೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಕೇವಲ ಆರ್ಥಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಮೀಸಲಾಗಿರದೆ ಸಮಾಜದ ಎಲ್ಲ ಅಂಗಗಳನ್ನು ಪ್ರಭಾವಿಸುವ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿದೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಸರಕು ಸೇವೆಗಳ ಉತ್ಪಾದನೆಗೆ ಮಹತ್ವ ನೀಡಿದರೆ ಅದು ಮೇಲ್ವರ್ಗದ ಹಿತಾಸಕ್ತಿಯನ್ನು ಕಾಪಾಡುವಂತೆ ಗೋಚರಿಸಬಹುದು. ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸಿದರೆ ಶಿಕ್ಷಣ, ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಸರ್ವರ ಯೋಗಕ್ಷೇಮವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಬಹುದು. ಹೀಗೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಇಂದು ವರಮಾನ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗದೆ ಸಮಾನತೆ, ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಹಾಗೂ ಸ್ವಾಯತ್ತತೆಯ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ"[೬] ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ.

ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಕಾಲದ ಜೊತೆಗೆ ತನ್ನ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನವನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸುತ್ತಿದೆ. ಇಂದು ಜನರನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳುವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಶ್ರೀಮಂತ ಅಥವಾ ಅಧಿಕ ಚಿನ್ನ, ಬೆಳ್ಳಿ ಹೊಂದಿರುವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಲ್ಪನೆಗಿಂತ ಉತ್ತಮ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ, ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಗಳ ಮುಖಾಂತರ ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಉತ್ತಮ ಜೀವನ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅವಕಾಶವಿರುವ ಪ್ರತೀ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಪ್ರತೀಕವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಹಲವಾರು ಅಧ್ಯಯನಗಳು ತೋರಿಸಿ ಕೊಟ್ಟಿವೆ. ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಲ್ಪನೆಯಡಿ ಉತ್ತಮ ಶಿಕ್ಷಣ, ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಉತ್ತಮ ಜೀವನವನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಪೂರಕವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಡಬ್ಲ್ಯೂ.ಡಬ್ಲ್ಯೂ. ರೋಸ್ಟೋರವರು ವಿದೇಶ ನೀತಿ ನಿರೂಪಕರಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಆರ್ಥಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ರೋಸ್ಟೋರವರ ಕೊಡುಗೆ ಅನನ್ಯವಾದುದು. ರೋಸ್ಟೋರವರ 'ಆರ್ಥಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಹಂತಗಳು' ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರದ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು. ರೋಸ್ಟೋ ಅವರ "ಟೇಕ್‌ಆಫ್" ಹಂತವು ಬಹಳ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ಪಡೆದ ಆರ್ಥಿಕ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯಾಗಿದೆ.[೮] ರೋಸ್ಟೋ ಅವರ ಪ್ರಕಾರ ಆರ್ಥಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಯಾವುದೇ ಬಾಹ್ಯ

ಬೆಂಬಲವಿಲ್ಲದೆ ಈ ಟೇಕ್‌ಆಫ್ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಹಂತಹಂತವಾಗಿ ನಿಲ್ಲಬಲ್ಲ ಒಂದು ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಹೊಸ ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳು ಸ್ಥಾಪನೆಯಾದರೆ ಆದಾಯದ ಉಳಿತಾಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಇದು ಇನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಹೂಡಿಕೆಯನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುತ್ತದೆ. ಹೂಡಿಕೆಯ ಏರಿಕೆ ದರವು ದೇಶದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆದಾಯದ ಪ್ರಗತಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಸ್ಟೋರವರು ತನ್ನ ಟೇಕ್‌ಆಫ್ ಸ್ಟೇಜ್‌ನ್ನು ಹೀಗೆಂದು ವರ್ಗೀಕರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇದು ಒಂದು ಕೈಗಾರಿಕಾ ಕ್ರಾಂತಿಯ ಉತ್ತಮ ಸ್ಥಿತಿಯಾಗಿದೆ. ಇದು ಅಲ್ಪಾವಧಿಯಲ್ಲಿಯೇ ಅಧಿಕ ಉತ್ಪಾದನೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಉತ್ಪಾದನೆಯ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿಯೂ ಬದಲಾವಣೆಗೆ ಕಾರಣ ವಾಗುತ್ತದೆ. ಒಂದು ಸಲ ಈ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ಪ್ರಾರಂಭವಾದರೆ ಇದು ಸ್ವಯಂ ಚಾಲಿತವಾಗಿ ತನ್ನ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಮುಂದುವರೆಸುತ್ತದೆ ಎಂಬುದು ರೋಸ್ಟೋರವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿದೆ.

ಟೆಕ್ ಗೈನ್ ಪಾರ್ಕ್‌ರವರು ರೋಸ್ಟೋನ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಹಂತಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸುತ್ತಾ ರೋಸ್ಟೋಅಮೆರಿಕಾ ಸಂಸ್ಥಾನಗಳ ವಿದೇಶ ನೀತಿಯನ್ನು ಕಟುವಾಗಿ ಟೀಕಿಸುತ್ತಾನೆ. ರೋಸ್ಟೋರವರ ಪ್ರಕಾರ ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ವಸಾಹತುಶಾಹಿ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ತನ್ನ ಬಲವಾದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯತೆಯ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ವಿಶ್ವದಲ್ಲೇ ಎತ್ತರಕ್ಕೆ ಬೆಳೆಯಬಹುದು. ಇದಕ್ಕೆ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣ ವಸಾಹತು ಆಡಳಿತದಲ್ಲಿ ತಮಗಾದ ಶೋಷಣೆಯ ನೋವು ಅವರೊಳಗಿನ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯತೆಯ ಕಿಚ್ಚನ್ನು ಹೆಚ್ಚುಮಾಡಬಹುದು ಎಂದು ಹೇಳುತ್ತಾರೆ. ರೋಸ್ಟೋ ಅವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಟೆಕ್ ಗೈನ್ ಪಾರ್ಕ್‌ರವರು ತಮ್ಮ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ದೇವೇಂದ್ರ ಪಿ. ಗುಪ್ತಾ ಮತ್ತು ಅನಿಲ್ ಗುಂಬರ್ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿ ದಂತೆ ತಮ್ಮ ನಿಲುವನ್ನು ಸಮರ್ಥಿಸುತ್ತಾ, "ಜನರ ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಜೀವನವು ಆರ್ಥಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿದೆ. ಪ್ರತಿ ಒಬ್ಬ ಮಾನವನ ಕೊಡುಗೆಯು ಅವನ ಜೀವಿತಾವಧಿಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿವೆ. ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ದೀರ್ಘಕಾಲಿಕವಾದ ಬಂಡವಾಳವಾಗಬಲ್ಲ. ಮಾನವನ ಜೀವಿತಾವಧಿಯು ಶೇ. ೧ ಹೆಚ್ಚಾದರೆ, ಶೇ. ೦.೪೫ರಷ್ಟು ಮಾನವ ಬಂಡವಾಳದ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಏರಿಕೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಇದು ದೇಶದ 'ಜಿ.ಡಿ.ಪಿ'ಯ ಮೇಲೂ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರುತ್ತದೆ. ಉತ್ತಮ ಜೀವಿತಾವಧಿಯು ಮಾನವನ ಉದ್ಯೋಗದ ಕೌಶಲ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ಈ ಕೌಶಲ್ಯತೆಯು ಆತನನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಉತ್ಪಾದನಾ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿ ಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಪ್ರೇರೇಪಿಸುತ್ತದೆ ಅಲ್ಲದೆ ಉತ್ಪಾದನಾ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಳಕ್ಕೂ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ"[೯] ಎಂದು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ಮಾನವನ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವು ಮಾನವನ ಉತ್ತಮ ಬಂಡವಾಳದ ಅಡಿಪಾಯವಾಗಿದೆ. ಇವೆರಡೂ ದೀರ್ಘಕಾಲಿಕ ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಮಾನವನ ನಡುವೆ ಒಂದು ಚಲನಾತ್ಮಕ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ನಾವು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಅಲ್ಲದೆ ಮಾನವನ ಜೀವಿತಾವಧಿಯ ಆರ್ಥಿಕ ಪರಿಮಾಣಗಳ ಮೇಲೆ ನೇರ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರಬಹುದು ಎಂಬ

ವಿಷಯವನ್ನು ಹಲವು ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಈಗಾಗಲೇ ಸ್ಪಷ್ಟಪಡಿಸಿವೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಆದಂತಹ ಬದಲಾವಣೆಗಳು, ಹೊಸ ಅವಿಷ್ಕಾರಗಳು ೨೦ನೇ ಶತಮಾನದಿಂದೀಚೆಗೆ ಮಾನವನನ್ನು ಹಲವಾರು ರೋಗಗಳಿಂದ ರಕ್ಷಿಸುತ್ತಿವೆ. ಆದರೆ ಮಾನವ ಬಂಡವಾಳವು ಅಲ್ಪಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ನೀಡುವ ಕೊಡುಗೆಯ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕಿಂತ ದೀರ್ಘಾವಧಿ ಕೊಡುಗೆಯ ಪ್ರಮಾಣವು ಅಧಿಕವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಬಹುದು.

ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ತುರ್ತಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಭದ್ರತೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ ಇದೆ ಎಂದು ರಾಜೀವ್ ಅಹುಜಾ ಮತ್ತು ಅಲ್ಕಿ ನಾರಂಗ್ ಅವರು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ. ಇವರ ಪ್ರಕಾರ, "ದೇಶದಲ್ಲಿರುವ ಬಡ ವರ್ಗದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಕಾರ್ಯವು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ನಡೆಯಬೇಕಾದರೆ ಅವರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಭದ್ರತೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕು. ಆರೋಗ್ಯ ಭದ್ರತೆಯನ್ನು ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಾಗಲೀ ಅಥವಾ ಇನ್ನಿತರ ಏಜೆನ್ಸಿಗಳಾಗಲೀ ನೀಡುವುದು ಸೂಕ್ತವಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ ಯಾವುದೇ ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮುಖ್ಯ ಉದ್ದೇಶವು ಲಾಭದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನಿಟ್ಟುಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಬಡವರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾದ ಹಣಕಾಸಿನ ಭದ್ರತೆಯು ಬೇಕು. ಇದನ್ನು ಸರ್ಕಾರವೇ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆಯನ್ನು ಬಡ ಜನರಿಗೆ ಒದಗಿಸುವ ಮೂಲಕ ಮಾಡಬಹುದು. ಇದರಿಂದ ಜನರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿತ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ನೆಮ್ಮದಿಯಿಂದಿರುವುದೇ ಅಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚದ ಕುರಿತಂತೆ ಹೆಚ್ಚು ಚಿಂತೆಗೀಡಾಗದೆ ಖಾಯಿಲೆಗೆ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ"[೧೦] ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಪಡುತ್ತಾರೆ.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟದ ಪ್ರಗತಿಯು ಕಂಡುಬರುತ್ತಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ಬಡವರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸಮರ್ಪಕ ಭದ್ರತೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ವಿಫಲವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ದಕ್ಷತೆಯಿಲ್ಲದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಗುಣಮಟ್ಟದಲ್ಲೂ ಕೊರತೆ ಇರುವುದರಿಂದ ಬಡವರು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಹಣವನ್ನು ಭರಿಸಬೇಕಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳು ಬಂದೊದಗುತ್ತಿವೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಹಣಕಾಸಿನ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಬಡವರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬಂದು ತಲುಪಿದೆ. ಹೀಗಾಗಿ ಆಳುವ ಸರ್ಕಾರಗಳು ದೇಶದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಬಡವರಿಗೆ, ಅದರಲ್ಲೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಬಡ ಜನರಿಗೆ ಕಡಿಮೆ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ, ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಅವರಿಗೆ ತಲುಪುವಂತೆ ಮಾಡಿದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಬಡ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿನ ಯಶಸ್ಸನ್ನು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ.[೧೧] ಅಲ್ಲದೆ ತಮ್ಮ ಭವಿಷ್ಯದ ಯೋಗಕ್ಷೇಮ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಬಡವರೂ ತಕ್ಕಮಟ್ಟಿಗೆ ಉಳಿತಾಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಇದರ ಉದ್ದೇಶ ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚ ಭರಿಸುವ ಮುಂದಾಲೋಚನೆಯೇ ಆಗಿರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಇದು ಕೆಲವು ಖಾಸಗಿ ಜೀವವಿಮಾ

ಕಂಪನಿಗಳಿಗೆ ವರದಾನವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ. ಬಡವರಿಗೆ ಶಿಕ್ಷಣದ ಕೊರತೆ ಇರುವುದು ಸಹಜ. ಹಾಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮುಂದಾಲೋಚನೆ ಇಲ್ಲದೆ ಖಾಸಗಿ ವಲಯದ ಉಳಿತಾಯ ಖಾತೆಗಳಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಹಣವನ್ನು ಕೂಡಿಡುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಈ ಹಣವು ಅನೇಕ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ತುರ್ತು ಅಗತ್ಯಗಳಿಗೆ ದೊರೆಯದೇ ರೋಗಿಗಳು ಪರದಾಡುವಂತಹ ಸಮಸ್ಯೆಗಳೂ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.ಈ ಕಾರಣದಿಂದ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಜೀವ ವಿಮೆ ಸೌಲಭ್ಯದ ಅಗತ್ಯವಿದೆ.

ರಾಜೀವ್ ಅಹುಜಾ ಮತ್ತು ಅಲ್ಕಾ ನವರಂಗ್‌ರವರು ತಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಕುರಿತಾದ ಸರಕಾರದ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸುತ್ತಾ, "೨೦೦೩ರಲ್ಲಿ ಆಗಿನ ಕೇಂದ್ರ ಹಣಕಾಸು ಮಂತ್ರಿಗಳು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಜೀವವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತಂದರು. ಇದರ ನಿಯಮದ ಪ್ರಕಾರಸಮಾಜದ ಬಡ ವರ್ಗದ ಜನರು ಇದರ ಸದುಪಯೋಗವನ್ನು ಪಡೆಯುವಂತಾಯಿತು. ಇಲ್ಲಿ ಯಾರು ಬೇಕಾದರೂ ಈ ಯೋಜನೆಗೆ ಸೇರಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಪ್ರತಿ ದಿನ ಜನರ ಖಾತೆಗೆ ಸರ್ಕಾರ ಜಮಾ ಮಾಡುವುದು. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸವಲತ್ತುಗಳು ಕೂಡ ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ಕಂಡಿದ್ದು, ರೂ. ೨೦,೦೦೦ಗಳನ್ನು ಒಂದು ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ನೀಡುವುದು. ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಮರಣ ಹೊಂದಿದರೆ ಆತನ ವಾರಸುದಾರರಿಗೆ ರೂ. ೨೫,೦೦೦ಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುವುದು"[೧೨] ಎಂದು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಹಕ್ಕು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕುಗಳು ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ನಿಕಟ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ ಎಂದು ಬೆಂಜಮಿನ್ ಮಾಸನ್ ಮೇರ್‌ರವರು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ. "ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಸಾಮೂಹಿಕವಾದ ಹಕ್ಕನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸಿದರೆ ಆರೋಗ್ಯವು ವ್ಯಕ್ತಿಗತವಾದ ಹಕ್ಕನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುತ್ತದೆ. ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವು ಸ್ಪಷ್ಟ ಹಾಗೂ ಸಮರ್ಪಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಮಾನದಂಡವಾಗಿದೆ. ಸರ್ಕಾರವು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಜನರಿಗೆ ಒದಗಿಸಲು ಲಭ್ಯ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಸಮರ್ಪಕ ಬಳಕೆಯು ಅತೀ ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಹಕ್ಕು ಜನರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಜೀವನ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಸರ್ಕಾರವು ಒದಗಿಸಬೇಕೆಂದು ಪ್ರತಿಪಾದಿಸುತ್ತದೆ"[೧೩] ಎಂದು ಅವರು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ.

ಮೂರು ದಶಕಗಳಿಂದ ನಾವು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕುರಿತಾದ ಚರ್ಚೆಯಲ್ಲಿ ಕಳೆಯುತ್ತಿದ್ದರೂ ಪ್ರಪಂಚದ ಹಲವು ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಬಡತನ ಇನ್ನೂ ಜ್ವಲಂತ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದೆ. ಬಡತನವು ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕಬಳಿಸುತ್ತದೆ. ಮಾನವನಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕಿನ ಸಮರ್ಪಕ ಬಳಕೆಯು ಬಡತನದ ಕಾರಣದಿಂದ ಇನ್ನೂ ಮರೀಚಿಕೆಯಾಗಿದೆ ಎಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು. ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಪ್ರತಿಪಾದಕರು ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಮರೆತಿದ್ದರೂ ಅದೆಷ್ಟೋ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಮಾನವನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯವು ಪೂರಕ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಿದೆ ಎಂಬ ವಾದವನ್ನು ಪುಷ್ಟೀಕರಿಸಿದೆ. ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಆರೋಗ್ಯದ ಅಗತ್ಯ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಸರಕಾರದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಾಗಿದೆ[೧೪] ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು.

ಸಮಾಜದಲ್ಲಿನ ಅಸಮಾನತೆಯು ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿನ ಅಸಮಾನತೆಗೂ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ, ರಾಜಕೀಯ, ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ನಿರ್ಧಾರಕಗಳು ಸಮಾಜದಲ್ಲಿನ ಅಸಮಾನತೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ಮೇಲಿನ ಅಂಶಗಳು. ಈ ಅಸಮಾನತೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ಮೂಲನೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಮತೆಯನ್ನು ನಿರ್ಮಾಣ ಮಾಡಬಹುದೆಂದು ಹಲವಾರು ಅಧ್ಯಯನಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಂಡ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ ಭಾರತವು ನಂ.೧ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ಗಳಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿದೆಯೇ? ಎಂಬ ಕೌತುಕಭರಿತ ಪ್ರಶ್ನೆಯೊಂದಕ್ಕೆ ಉತ್ತರಿಸುತ್ತಾ ಲೇಖಕರಾದ ರೀತುಪ್ರಿಯಾ, ಕಲ್ಪನಾ ಸಾಗರ್, ರಾಜೀವ್ ದಾಸ್ ಗುಪ್ತಾ ಮತ್ತು ಸಂಘಮಿತ್ರಾ ಆಚಾರ್ಯ ತಮ್ಮ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ,"ಭಾರತವು ಕಳೆದ ಕೆಲವು ದಶಕಗಳಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವದ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಿದೆ. ಮಾನ್ಯ ಪ್ರಧಾನಮಂತ್ರಿಗಳು 'ಭಾರತವನ್ನು ಪ್ರಪಂಚದಲ್ಲೇ ಮುಂಚೂಣಿಗೆ ತರಬೇಕು' ಎಂಬ ಮಾತನ್ನು ಒತ್ತಿ ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸ್ಥಾನಮಾನಕ್ಕೆ ನಾವು ವಿಶ್ವದರ್ಜೆಗೇರಲು ಸಾಧ್ಯವೇ? ಎಂಬ ಕೌತುಕದ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಯಾವ ರೀತಿಯ ಉತ್ತರವನ್ನು ನೀಡಲು ಸಾಧ್ಯ?"[೧೫] ಎಂದು ಲೇಖಕರು ಪ್ರಸ್ತುತ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ತನ್ನ ಅನಿಸಿಕೆಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಆರ್ಥಿಕ ಪ್ರಗತಿಯು ಆರೋಗ್ಯದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೂ ನ್ಯಾಯ ಸಲ್ಲಿಸುವಂತಾಗಬೇಕು. ಆರೋಗ್ಯಯುತ ಜೀವನ ವಿಧಾನ, ಸ್ವಚ್ಛತೆ, ಪರಿಸರ ಸ್ನೇಹಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ನಮ್ಮದಾಗಬೇಕು. ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯಿಂದ ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯೆಡೆಗೆ ಸಾಗುವುದರ ಮೂಲಕ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಸೇವೆಗಳು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ಸುಲಭವಾಗಿ ದೊರಕುವಂತಾಗಬೇಕು. ಇಂದಿಗೂ ಈ ದೇಶದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೫ರಿಂದ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳು ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಮೂರನೇ ಒಂದು ಭಾಗದಷ್ಟು ವಯಸ್ಕರು ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಕಳೆದೆರಡು ದಶಕಗಳಿಂದ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಬಳಲುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಜಾಸ್ತಿಯಾಗಿದೆ(ಆತ್ಮಹತ್ಯೆ, ಅಪಘಾತ, ಗಾಯಾಳುಗಳು). ಇದು ೧೫-೪೯ ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನ ಸಕ್ರಿಯ ಯುವ ಜನತೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವುದು ಬೇಸರದ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡದಿಂದ, ನೈಸರ್ಗಿಕ ವಿಕೋಪಗಳಿಂದ ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಿರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಯೂ ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ.

ಸರಕಾರವು ಖಾಸಗಿ ಹಾಗೂ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ೫.೧%ರಷ್ಟು ವೆಚ್ಚ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದು, ಇದು ಚೀನಾ ಹಾಗೂ ಲ್ಯಾಟಿನ್ ಅಮೇರಿಕಾ ದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚಿದೆ. ಅದರಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಕಡಿಮೆ ಅಂದರೆ ತನ್ನ ಜಿ.ಡಿ.ಯ ೦.೯(೧೭%)ರಷ್ಟು ವೆಚ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದು, ಉಳಿದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಭಾರತವು ಅತೀ ಕಡಿಮೆ ಹಣವನ್ನು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ವೆಚ್ಚಮಾಡುತ್ತಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಾನಂತರದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ಒಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ತಂದಿದ್ದರೂ ಸಹ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವುದರ ಬಗೆಗಿನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು

ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ರೂಪುಗೊಂಡಿದ್ದರೂ ಅವುಗಳನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಸರಕಾರದ ಪ್ರಯತ್ನವು ಏನೇನೂ ಸಾಲದು ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಸರಕಾರವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಮೂರು ಹಂತದ ಶ್ರೇಣಿಯಲ್ಲೂ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಂಡರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಕ್ಷಿಪ್ರ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಪೂರಕ ವಾತಾವರಣ ನಿರ್ಮಾಣವಾಗಬಲ್ಲದು.

ವಿಲಿಯಂ, ಯು.ಎಸ್. ಮಿಶ್ರಾ ಮತ್ತು ನವನೀತಮ್ ಇವರು ಆದಾಯ ಅಸಮಾನತೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಅಸಮಾನತೆಯ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ವಿವರಿಸುತ್ತಾ,“ಆರ್ಥಿಕತೆಯಲ್ಲಿ ಆದಾಯ ಪ್ರಮಾಣವು ಏರಿಕೆಯಾದಂತೆ ಆದಾಯದ ಅಸಮಾನತೆಯು ಏರಿಕೆಯಾಗುತ್ತ ಹೋಗುತ್ತದೆ. ಇದು ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಅಸಮಾನತೆಗೂ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ.”[೧೬] ಅವರು ದೇಶದ ಹಲವು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಕುರಿತಂತೆ ಸಂಶೋಧನೆಕೈಗೊಂಡು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಲೆ ಹಾಕಿದ್ದು, ಆಸಕ್ತಿದಾಯಕ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುತ್ತಾರೆ. ನಾವೆಲ್ಲರೂ ಒಪ್ಪಿರುವಂತಹ ಒಂದು ದೇಶದ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯವು ಆ ದೇಶದ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುತ್ತದೆ.

ಡಾ. ಬಿ.ಶೇಷಾದ್ರಿಯವರು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಯೋಜನೆಗಳ ವೈಫಲ್ಯತೆಯ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಅಸಮಾನತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರಿಸುತ್ತಾ, “೧೯೮೯ರಲ್ಲಿ ಭಾರತವು ಮಕ್ಕಳ ಹಕ್ಕಿನ ಕುರಿತಾಗಿ ವಿಶೇಷ ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಿದ್ದರೂ ಸಹ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆ ಹಾಗೂ ಕೆಲವು ಸೋಂಕಿನಿಂದ ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಿರುವ ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ. ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರ ಹಾಗೂ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹಲವಾರು ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿದ್ದರೂ ಅದು ಸಮಸ್ಯೆಯ ಆಳವನ್ನು ಭೇದಿಸುವ ಕೆಲಸವನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಪರಿಹಾರಕ್ಕಾಗಿ ಸರಿಯಾದ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಮಾಡದಿರುವುದರಿಂದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಇನ್ನು ಜೀವಂತವಾಗಿವೆ. ಶ್ರೀಮಂತರು ಹಾಗೂ ಹೆಚ್ಚು ಆದಾಯವುಳ್ಳವರು ದುಬಾರಿಯಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ. ಇದು ಇನ್ನಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಅಸಮಾನತೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಬಡವರು, ಶೋಷಿತರಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗಿರುವ ಅಸಮಾನತೆಯ ಹೊರೆ ಒಟ್ಟಾರೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ನೇರ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರಬಹುದು. ಹೀಗಾಗಿ ಈ ದಿಕ್ಕಿನಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಮನವನ್ನು ಹರಿಸಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಸವಲತ್ತುಗಳು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಬಡವರ್ಗದ ಜನರಿಗೆ ಸಬ್ಸಿಡಿ ಸವಲತ್ತುಗಳನ್ನು ನೀಡಬೇಕು. ಜನರು ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚಕ್ಕೆ ಭಯಬಿದ್ದು ಖಾಯಿಲೆಗೆ ಔಷಧಿಯನ್ನೇ ಪಡೆಯಲು ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಲು ಹಿಂದೇಟು ಹಾಕಬಹುದು. ಸರಿಯಾದ ಹಣಕಾಸಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ವಿಮೆಗಳನ್ನು ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಅಸಮಾನತೆಗೆ ಸೂಕ್ತ ಪರಿಹಾರನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಬಹುದು”[೧೭] ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ.

ಚಾರಿತ್ರಿಕವಾಗಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಆರ್ಥಿಕ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಆರ್ಥಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಮುಖ್ಯ ಮಾನದಂಡವಾಗಿತ್ತು. ಸರಕುಗಳ ಉತ್ಪಾದನೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಮಾಪನ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ತಲಾ ಆದಾಯವು ಎಲ್ಲರಿಂದಲೂ ಸ್ವೀಕೃತವಾದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಮಾಪನವಾಗಿತ್ತು. ಜಿ.ಎನ್.ಪಿ ಮತ್ತು ತಲಾ ಆದಾಯ ಎಂಬ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳಿಂದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಸಮಗ್ರವಾಗಿ ಮಾಪನ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು.

ಡಾ. ಬಿ.ಶೇಷಾದ್ರಿ ಅವರ ಪ್ರಕಾರ, "ಇಂದು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಕೇವಲ ಆರ್ಥಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆ ಅಥವಾ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ನಿರ್ಧರಿಸಲ್ಪಡುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲ. ಅದು ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ, ರಾಜಕೀಯ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಹಾಗೂ ಭೌತಿಕವಾಗಿ ಎಲ್ಲಾ ಜನರ ಹಾಗೂ ಸರ್ವರ ಒಳಿತನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯೇ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ"[೧೮] ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ. ಇಂದು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಅನೇಕ ಜ್ಞಾನ ಶಿಸ್ತುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯೊಂದಿಗೆ ವಿಸ್ತೃತವಾದ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿದೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಈ ಹಂತದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ೧೯೯೦ರ ನಂತರದ ದಿನಗಳಿಂದ ನಾವು ಗಮನಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ೧೯೯೦ರ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿಯ ಪ್ರಕಟಣೆಯೊಂದಿಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ಪ್ರಗತಿಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಗೆ ಮಾರ್ಪಾಡಾಯಿತು. ಏಕೆಂದರೆ 'ಜಿ.ಎನ್.ಪಿ'ಯು ಮಾನವನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸುವ ಮಾಪನವಾಗಿರಲಿಲ್ಲ. ಇದಕ್ಕೂ ಮೊದಲು ೧೯೮೯ರಲ್ಲಿ ಮೆಹಬೂಬ್ ಉಲ್ ಹಕ್, ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್, ಮೇಘ್‌ನಾದ್ ದೇಸಾಯಿ ಇನ್ನು ಹಲವಾರು ಮಂದಿ ಒಡಗೂಡಿ ಈ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡು ಈ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಗೆ ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಠ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ನೀಡಿದರು. ಇವರ ಪ್ರಕಾರ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಣಾಳಿಕೆಯು ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಮೂರು ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಮೊದಲನೆಯದಾಗಿ ದೀರ್ಘ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಕರ ಜೀವನವನ್ನು ನಡೆಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದುವುದು. ಎರಡನೆಯದಾಗಿ ಜ್ಞಾನವುಳ್ಳವನಾಗುವುದು, ಮೂರನೆಯದಾಗಿ ಯೋಗ್ಯ ಜೀವನ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೊಂದುವುದು. ಇನ್ನೂ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಹೇಳುವುದಾದರೆ ದೀರ್ಘಾಯುಷ್ಯ, ಜ್ಞಾನ ಹಾಗೂ ಆದಾಯ ಈ ಮೂರು ಅಂಶಗಳು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳಾಗಿವೆ ಎಂದು ಲೇಖಕರು ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ.

ಮಾನವನ ದೀರ್ಘಾಯುಷ್ಯ ಆತನ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಾಪನವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ನಾವು ನೇರ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಬಹುದು. ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನವು ಅಂತಹದ್ದೇ ಒಂದು ಪ್ರಯತ್ನವಾಗಿದೆ.

ಕೆ. ಶ್ರೀನಿವಾಸನ್ ಹಾಗೂ ಚಂದ್ರಶೇಖರ್ ಅವರು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತಂತೆ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುತ್ತಾ, "೧೯೯೦ರ ದಶದ ಆರಂಭದಿಂದಲೂ ಭಾರತವು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹಲವಾರು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

ಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿದೆ. ಈ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ನಾವು ನಿಧಾನಗತಿಯ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ೭೩ನೇ ಮತ್ತು ೭೪ನೇ ಸಂವಿಧಾನಿಕ ತಿದ್ದುಪಡಿ ಮತ್ತು ಪಂಚಾಯತ್‌ರಾಜ್ ಮತ್ತು ನಗರ ಪಾಲಿಕೆಯ ಕಾಯ್ದೆಗಳ ಜಾರಿಯೊಂದಿಗೆ ೧೯೯೩ರಲ್ಲಿ ದೇಶದ ರಾಜಕೀಯ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ವಿಚಾರವನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸಲಾಯಿತು. ಪ್ರಜಾಪ್ರಭುತ್ವವು ವಿಕೇಂದ್ರಿಕರಣದ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸುವ ಮುಖಾಂತರ ಸಂವಿಧಾನಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಎಲ್ಲ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳು ಮತ್ತು ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಚುನಾಯಿತ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಶ್ರೇಣೀಕೃತವಾಗಿ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಶಿಕ್ಷಣ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು, ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಮತ್ತು ರಸ್ತೆಗಳಂತಹ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಪಂಚಾಯತ್‌ಗಳ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಾಗಿದೆ. ಪಂಚಾಯತ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ೧/೩ ಭಾಗದಷ್ಟು ಸ್ಥಾನಗಳನ್ನು ಕಾಯ್ದಿರಿಸುವ ಮುಖಾಂತರ ತಳಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಸೇರಿದಂತೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಎಲ್ಲ ನಿರ್ಧಾರಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಧಿಕಾರ ಹಾಗೂ ಅವಕಾಶವನ್ನು ನೀಡಿದಂತಾಗಿದೆ. ಇದು ಖಂಡಿತವಾಗಿಯೂ ಪ್ರಜಾಪ್ರಭುತ್ವ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರ ಸಬಲೀಕರಣಕ್ಕೆ ಒಂದು ದೊಡ್ಡ ಮುನ್ನಡೆಯಾಗಿದೆ"[೧೯] ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ.

ಡಾ. ಬಿ.ಶೇಷಾದ್ರಿಯವರು ರೋಬರ್ಟ್ ಕೆನಡಿ ಅವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸುತ್ತಾ, "ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯದ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ಮನಗಂಡಿದೆ. ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಸಮಾಜ ದಲ್ಲಿ ಘನತೆಯಿಂದ ಬಾಳಬೇಕಾದರೆ ಅವನಿಗೆ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ತನ್ನ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಲು ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ. ಈ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವು ಸಮಾಜಮುಖಿ ಆಗಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಈ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ, ನಾಗರಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ದಯಪಾಲಿಸಿರಬೇಕು. ಇದು ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಮಾನವನಿಗೆ ಸುಸ್ಥಿರಗತಿಯ ಜೀವನ ಹಾಗೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಪೂರಕ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುತ್ತದೆ.ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಎಲ್ಲರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಾದರೂ ಇದು ಒಮ್ಮಿಂದೊಮ್ಮೆಲೇ ನಡೆಯುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲ. ಇದು ಬಹಳ ದೀರ್ಘಕಾಲಿಕವಾದ ಯಾತ್ರೆಯಾಗಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಇದು ಬಹು ಶಿಸ್ತುಗಳುಳ್ಳ ಹಾಗೂ ಬಹು ಆಯಾಮಗಳೊಳಗೊಂಡ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲೂ ಹಲವಾರು ರೀತಿಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವೈಪರೀತ್ಯಗಳನ್ನು ನಾವು ಗುರುತಿಸ ಬಹುದು. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಕ್ಷರತೆ ಮತ್ತು ಅನಕ್ಷರತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಸಮಾನತೆಗಳು, ಲಿಂಗ ಸಂಬಂಧಿತ ಅಸಮಾನತೆಗಳು, ವೃತ್ತಿ ಆಧಾರಿತ ವೈಪರಿತ್ಯಗಳು, ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಸಂಬಂಧಿತ ಅಸಮಾನತೆ ಗಳು, ಆದಾಯ ಮತ್ತು ಬಡತನ ಸಂಬಂಧಿತ ಅಸಮಾನತೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿವೆ ಎಂದು ಲೇಖಕರು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ.

'ಅಸ್ಪೃಶ್ಯತೆ, ಆರ್ಥಿಕತೆ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ' ಎಂಬ ಅಧ್ಯಯನ ಪ್ರಬಂಧದಲ್ಲಿ ಡಾ. ಟಿ.ಆರ್. ಚಂದ್ರಶೇಖರ್ ಅವರು ಅಸ್ಪೃಶ್ಯತೆಯನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಚೌಕಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸುತ್ತಾ, ಅಸ್ಪೃಶ್ಯತೆ ಮತ್ತು

ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗಳ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಚರ್ಚಿಸಿರುತ್ತಾರೆ ಹಾಗೂ ಭಾರತ-ಕರ್ನಾಟಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಮತ್ತು ಶಿಷ್ಟ ನೆಲೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಮಾಡುತ್ತಾ ಇದಕ್ಕೆ ಲಿಂಗ ಸಂಬಂಧಿ ಆಯಾಮವಿರುವುದನ್ನು ಕೂಡಾ ಚರ್ಚಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.ಇವರ ಪ್ರಕಾರ, "ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಬಂಡವಾಳ ಸಂಚಯಗಳು ಪರಿಶಿಷ್ಟರಿಗೆ ವಿಮುಖವಾಗಿದ್ದು ಶಿಷ್ಟರಿಗೆ ಅಭಿಮುಖವಾಗಿವೆ. ಪರಿಶಿಷ್ಟರು ಆರೋಗ್ಯ ಸವಲತ್ತುಗಳಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗಿದ್ದು ಪ್ರತಿಷ್ಠಿತರು ಅತ್ಯುನ್ನತವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಅಸ್ಪೃಶ್ಯತೆಯ ಆಚರಣೆಯೇ ಪರಿಶಿಷ್ಟರ ಪಾಲಿಗೆ ಮಾರಕವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಅಕ್ಷರ, ಆರೋಗ್ಯ, ಆಶ್ರಯ, ಆಹಾರಗಳೆಲ್ಲವೂ ಪರಿಶಿಷ್ಟರಿಗೆ ದಕ್ಕುವುದು ಬಹಳ ಕಷ್ಟಕರವಾಗಿದೆ. ಹೀಗಾಗಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಈ ಪರಿಶಿಷ್ಟರನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳಬೇಕು. ಇವರನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ತನ್ನ ಗುರಿಯನ್ನು ಮುಟ್ಟುವುದು ಅಸಾಧ್ಯ"[೨೦] ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ.

ಡಾ. ಟಿ.ಹೆಚ್.ಮೂರ್ತಿ ಅವರು, 'ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ-ಕರ್ನಾಟಕದ ಒಂದು ತೌಲನಿಕ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ' ಎಂಬ ಪ್ರಬಂಧದಲ್ಲಿ, "ಮಾನವನ ಪ್ರಗತಿಗೆ ಕಂಡುಕೊಂಡ ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾದವು ದೀರ್ಘಾಯುಷ್ಯ, ಸಾಕ್ಷರತಾ ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ತಲಾ ಆದಾಯಗಳಾಗಿವೆ. ಯು.ಎನ್.ಡಿ.ಪಿ.ಯ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಯನ್ವಯ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಈ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳ ಅಂತರಗಳು ಬಹಳವಾಗಿವೆ. ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸೂಚಿಯಲ್ಲಿನ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಅಂಶಗಳು ಈ ಅಂತರವನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟಪಡಿಸುತ್ತವೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಂಶಗಳ ಪಾಲು ಅಧಿಕವಾಗಿದ್ದು ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಅವಕಾಶ ವಂಚಿತ ಹಾಗೂ ಶೋಷಿತ ವರ್ಗದವರ ಪಾಲು ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ.ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗಿರುವ ಅಸಮಾನತೆಗಳನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸಿ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ನೀತಿಗೆ ಅನುಸಾರವಾಗಿ ಹಲವಾರು ಯೋಜನೆಗಳು ರೂಪ ಗೊಂಡರೂ ಸಹ ಇವುಗಳು ಸಾಮಾಜಿಕ ಪಿಡುಗುಗಳನ್ನು ದಾಟಿ ತನ್ನ ಗುರಿಯನ್ನು ಮುಟ್ಟಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೇ ಪ್ರಪಂಚದ ಬೇರೆ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಿಗೆ ಅನ್ವಯವಾಗುವಂತಹ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳು ಭಾರತದಂತಹ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಒಮ್ಮಿಂದೊಮ್ಮೆಲೇ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳುವುದು ಅಸಾಧ್ಯ. ಹೀಗಾಗಿ ಭಾರತದ ಮಾನವಾಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾದ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳು ಅಗತ್ಯವಾಗಿದ್ದು ಈ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳಿಗೆ ಅನ್ವಯವಾಗುವಂತಹ ಪರಿಸರವನ್ನು ಮೊದಲು ನಿರ್ಮಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ"[೨೧] ಎಂಬುದನ್ನು ಲೇಖಕರು ತಿಳಿಸುತ್ತಾರೆ.

"ಜಾಗತೀಕರಣ ಮತ್ತು ನಾಗರೀಕ ಸಮಾಜ-ಭಾರತದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸವಾಲುಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆ" ಎಂಬ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ಮುಜಾಫರ್ ಅಸ್ಸಾದಿ ಅವರು,"ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಜಾಗತೀಕರಣವು ಉದಾರೀಕರಣ ದೊಂದಿಗೆ ಗುರುತಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದ್ದು, ೧೯೯೦ರ ಸಮತೋಲನ ಬಿಕ್ಕಟ್ಟಿನಿಂದಾಗಿ ಭಾರತವು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿ ಜಾಗತೀಕರಣ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಒಳಗಾಗಬೇಕಾಯಿತು. ಆದರೆ ಭಾರತವು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಜಾಗತೀಕರಣ ರಾಜಕಾರಣಕ್ಕೆ ಒಗ್ಗಿಕೊಳ್ಳಲಾಗದೆ ಇಂದು ಹಲವಾರು ಸವಾಲುಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದೆ"[೨೨] ಅವುಗಳೆಂದರೆ ಒಳಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಹೊರ ಹಾಕುವಿಕೆಗಳ ನಡುವಿನ ವೈರುಧ್ಯ,ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ಮತ್ತು ರಾಜ್ಯದ

ನಡುವಿನ ವೈರುಧ್ಯ,ಸಂಪತ್ತಿನ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ಬಡತನದ ನಡುವಿನ ವೈರುಧ್ಯ, ಜಾಗತಿಕ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯರುಗಳ ನಡುವಿನ ವೈರುಧ್ಯ, ಆರ್ಥಿಕತೆ ಮತ್ತು ಪರಿಸರಗಳ ನಡುವಿನ ವೈರುಧ್ಯ, ಆಧುನಿಕತೆ ಮತ್ತು ಆಧುನಿಕೋತ್ತರಗಳ ನಡುವಿನ ವೈರುಧ್ಯ,ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಪ್ರಜೆ ಮತ್ತು ಜಾಗತಿಕ ಪ್ರಜೆಗಳ ನಡುವಿನ ವೈರುಧ್ಯ. ಇಷ್ಟಕ್ಕೂ ನಾಗರಿಕ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಈ ಎಲ್ಲಾ ವೈರುಧ್ಯಗಳು ಇನ್ನೂ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿಲ್ಲ. ಈ ಜಾಗತೀಕರಣವು ಹಲವಾರು ಬೇಡಿಕೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸವಾಲುಗಳನ್ನು ನಮ್ಮ ಮುಂದಿಟ್ಟಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಸಂಸ್ಕೃತಿ ನಾಶ, ಹಕ್ಕುಗಳ ನಾಶ, ಸ್ವಾಯತ್ತತೆಯ ನಾಶ ಮುಂತಾದ ನಾಶಗಳ ಸವಾಲುಗಳನ್ನು ನಾವು ಕಾಣಬಹುದು.

ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಜಾಗತಿಕ ಯೋಜನೆಗಳು ಹಾಗೂ ಇತ್ತೀಚಿಗಿನ ಜಾಗತಿಕ ಯೋಜನೆಗಳು ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ವಿಭಿನ್ನ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ. ಒಂದೆಡೆ ಜಾಗತೀಕರಣಕ್ಕೆ ಅಭಿಮುಖವಾಗಿ ನಿಲ್ಲುವ, ಇನ್ನೊಂದೆಡೆ ಜಾಗತೀಕರಣವು ಹುಟ್ಟುಹಾಕಿದ ಸವಾಲುಗಳಿಗೆ ಪರಿಹಾರವನ್ನು ಹುಡುಕುವ ಹಾಗೂ ಇವೆಲ್ಲದರ ನಡುವೆ ನಾಗರಿಕ ಸಮಾಜದ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ರಕ್ಷಿಸುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯು ಭಾರತದ ಮೇಲಿದೆ. ಆದರೆ ಇಲ್ಲಿ ಬಹುಮುಖಿ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಪ್ರಜಾಸತ್ತಾತ್ಮಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಯಾಗಲಾರದು ಎಂಬುದೇ ಸಮಾಧಾನಕರ ವಿಷಯ.

ಡಾ.ಟಿ.ಆರ್.ಚಂದ್ರಶೇಖರ್ ಅವರು ತಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನ ಪ್ರಬಂಧದಲ್ಲಿ, "ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ವಸ್ತುವನ್ನಾಗಿ ನೋಡುವುದರ ಪ್ರತಿಯಾಗಿ ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನಾಗಿ ನೋಡುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಮಹಿಳೆಯನ್ನು ಸಮಾಜವು ಸಂಪನ್ಮೂಲವೆಂದೂ, ಮಹಿಳೆಯರು ಪರರ ಹಿತಕ್ಕಾಗಿ ಬದುಕುವ ಸಾಧನವೆಂದೂ ಹಾಗೂ ಆಕೆ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿಯ ಆಕರವೆಂದು, ಸೇವಾವ್ರತೆಯೆಂದೂ, ಪತಿವ್ರತೆಯೆಂದೂ, ಪರಿಭಾವಿಸಿ ಕೊಂಡಿರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ" ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಡುತ್ತಾರೆ. ಲೇಖಕರ ಪ್ರಕಾರ ಮಹಿಳೆಯರು ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಅಧೀನ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದ್ದು ಆಕೆ ಹಲವಾರು ಅನ್ಯಾಯಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣ ಲಿಂಗ ತಾರತಮ್ಯ. ಉತ್ಪಾದನೆ ಹಾಗೂ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಎರಡೂ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವ ಮಹಿಳೆಯನ್ನು ಕೇವಲ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಅಥವಾ ಜೈವಿಕ ಘಟಕವಾಗಿ ನೋಡುವುದರ ಬದಲು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಆಕರವಾಗಿ ನೋಡುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ.[೨೩]

ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಗಳು ಮಹಿಳೆಯರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹಲವಾರು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿವೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಮಹಿಳಾ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮುಖಾಂತರ ಮಹಿಳೆಯರ ಕಲ್ಯಾಣಾವಧಿ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದು ಅವರ ಉದ್ಯೋಗದ ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯ ಮಟ್ಟ, ಸಮಾನ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಸಮಾನ ವೇತನ ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಆಕೆಯ ದುಡಿಮೆಯ ಸಹಭಾಗಿತ್ವವನ್ನು ಅಧಿಕಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ.

ಮಹಿಳಾ ಸಬಲೀಕರಣ, ಸ್ತ್ರೀಶಕ್ತಿ, ಸ್ವಸಹಾಯ ಗುಂಪುಗಳು, ಮಹಿಳಾ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಇವೆಲ್ಲವುಗಳು ಮಹಿಳಾ ಕಲ್ಯಾಣವನ್ನು ಮುಖ್ಯ ಭೂಮಿಕೆಯಾಗಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿವೆ. ಈ ರೀತಿಯಾಗಿ

ಮಹಿಳೆಯರ ಧಾರಣಾ ಶಕ್ತಿ ಮತ್ತು ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ವರ್ಧಿಸಿ ತನ್ನ ಬದುಕಿಗೂ ಒಂದು ಅರ್ಥವಿದೆ ಎಂಬ ಆಶಾಭಾವನೆಯನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಮೂಡಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ವೋಲ್ಫಾಂಗ್ ಸ್ಯಾಚೆ ಅವರು ತಮ್ಮ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕುರಿತಾದ ಚಿಂತನೆಯಲ್ಲಿ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುತ್ತಾ, "ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಎನ್ನುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ಎರಡನೆಯ ಮಹಾಯುದ್ಧದ ನಂತರ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಚಲಿತವಾದ ವಿದ್ಯಮಾನ ಎನ್ನಬಹುದು. ಬ್ರಿಟಿಷರ ಆಳ್ವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ನಲುಗಿ ಹೋಗಿದ್ದ ಹಲವು ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಗಳಿಸಿದ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯದ ಸಂತೊಷದ ಜೊತೆಗೆ ೧೯ನೇ ಶತಮಾನದಿಂದೀಚೆಗೆ ಈ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಎನ್ನುವುದು ಆರ್ಥಿಕತೆಯ ಅವಿಭಾಜ್ಯ ಅಂಗವಾಗಿತ್ತು. ಟ್ರೂಮನ್‌ನ ಘೋಷಣೆಯು ಜಗತ್ತಿನ ನೋಟದ ಒಂದು ಪಥವನ್ನೇ ಬದಲಾಯಿಸಿತು. ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಭೌತಿಕವಾಗಿ ಈ ಭೂಮಿಯ ಚಹರೆಯನ್ನೇ ಬದಲಾಯಿಸಿದೆ. ಹೇಗೆಂದರೆ ಆರಂಭಿಕ ಕಾಲದಿಂದಲೂ ಆರ್ಥಿಕತೆಯ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ನಾವು ಗಮನ ಹರಿಸಿದರೆ ಶ್ರೀಮಂತ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಶ್ರೀಮಂತವಾಗಿಯೇ ಉಳಿದು, ಬಡ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಬಡತನದ ಬವಣೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಬೇಯುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ಇತಿಹಾಸದಲ್ಲಿ ಈ ಶ್ರೀಮಂತ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳೇ ಎಂದಿಗೂಚಾಂಪಿಯನ್‌ಶಿಪ್‌ನ್ನು ಗಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಸತತವಾಗಿ ವಿಜಯದ ಹಾದಿಯಲ್ಲಿ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವುದು ಒಂದು ಅಂಶವಾಗಿದೆ" ಎಂದು ವಿವರಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಆಯ್ಕೆಗಳನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸಿವೆ. ಇದು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯಕರ ಜೀವನ, ಉತ್ತಮ ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಜೀವನವನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಇನ್ನೂ ಮುಂದುವರಿದರೆ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ರಾಜಕೀಯ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ, ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳು, ಆತ್ಮಗೌರವ ಇವುಗಳನ್ನು ಹೊಂದುವುದಾಗಿದೆ. ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಕೇವಲ ಉತ್ತಮ ಆದಾಯವನ್ನು ಹೊಂದುವುದು ಮಾತ್ರ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ ಆದಾಯವು ಸಾಧನವೇ ಹೊರತು ಸಾಧ್ಯವಲ್ಲ೨೪.ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಎರಡು ಮುಖಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಒಂದು ಸ್ವ-ಸಾಮರ್ಥ್ಯ. ಇದು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ, ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಕೌಶಲ್ಯಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಎರಡನೆಯದ್ದು ಗಳಿಸಿದ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ. ಇದು ರಾಜಕೀಯವಾಗಿ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆ ಮುಂತಾದವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅನ್ನುವುದು ಕೇವಲ ವರಮಾನ ಗಳಿಕೆಯಲ್ಲ. ಅದು ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸರ್ವತೋಮುಖ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಾಗಿದೆ.

ಮೆಹಬೂಬ್ ಉಲ್ ಹಕ್ ಅವರು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಬಗ್ಗೆ ತನ್ನ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುತ್ತಾ, "ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಜನರ ಸರ್ವತೋಮುಖ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಉತ್ತಮ ಪರಿಸರವನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಬೇಕು. ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ವರಮಾನ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗದೇ, ಜನರು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಕೇಂದ್ರ ಬಿಂದು ಆಗಬೇಕು"[೨೫] ಎಂದಿದ್ದಾರೆ.

ನೋಬೆಲ್ ಪುರಸ್ಕೃತ ಗುನ್ನರ್ ಮಿರ್‌ಡಾಲ್ ಅವರು ತನ್ನ "ಏಷಿಯನ್ ಡ್ರಾಮಾ" ಎಂಬ ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ, "ಶ್ರಮದ ಪರಿಪೂರ್ಣ ಬಳಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಗಮನವನ್ನು ಹರಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಕನಿಷ್ಠ

ಉತ್ಪಾದಕತೆ ಮತ್ತು ಬಡತನ ಇವು ಪ್ರಮುಖ ಸಮಸ್ಯೆಗಳೇ ಹೊರತು ನಿರುದ್ಯೋಗವಲ್ಲ.ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಕೇವಲ ಆರ್ಥಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಪ್ರಚೋದಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಇದು ಅವಕಾಶಗಳ ವಿತರಣೆ, ಅವಕಾಶಗಳ ಸರಿಯಾದ ಬಳಕೆ ಹಾಗೂ ಎಲ್ಲಾ ಜನರು ಈ ಅವಕಾಶಗಳ ಉತ್ತಮ ಸದುಪಯೋಗ ಪಡೆಯುವುದಾಗಿದೆ" ಎಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಮೆಹಬೂಬ್ ಉಲ್ ಹಕ್ ಅವರು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ನಾಲ್ಕು ಮುಖ್ಯ ಮಜಲುಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ ಸಮಾನತೆ, ಸಮತೋಲನ, ಉತ್ಪಾದಕತೆ ಮತ್ತು ಸಬಲೀಕರಣ.

ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್ ಅವರುಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಬಗೆಗಿನ ತನ್ನ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುತ್ತಾ, "ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯದೊಂದಿಗೆ ಗಾಢವಾದ ಸಂಬಂಧ ಹೊಂದಿದೆ. ಇದು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಮುಖ್ಯ ಘಟಕವಾಗಿದೆ. ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ತನ್ನ ಶಕ್ತ್ಯಾನುಸಾರ ಗಣನೀಯವಾದಂತಹ ಹಾಗೂ ಯಥೇಚ್ಛವಾದ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಬೇಕು ಮತ್ತು ದೊರಕಿದ ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ಪರಿಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.ಇಲ್ಲಿ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯದ ವಿಭಿನ್ನತೆಗಳು ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ಘಟಕಗಳ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ."[೨೬] ಸೇನ್ ಅವರ ಪ್ರಕಾರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಕೆಲವೊಂದು ವಿಷಯದ ಬಗ್ಗೆ ಮಾತ್ರ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬಹುಮುಖ್ಯ ವಿಷಯಗಳ ಬಗೆಗಿನ ಗಂಭೀರತೆಯನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯವಹಿಸುತ್ತದೆ.ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಎಷ್ಟರಮಟ್ಟಿಗೆ ಮಹತ್ವದ ಅಂಶವೆಂದರೆ ಇದು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ರಚನಾತ್ಮಕ ಅಂಶ ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು ಇರುವಂತಹ ಒಂದು ಪ್ರಬಲ ಮಾಧ್ಯಮವಾಗಿದೆ. ಈ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವು ಹಲವಾರು ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂದಿದೆ. ರಾಜಕೀಯ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ, ಆರ್ಥಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು, ಸಾಮಾಜಿಕ ಅವಕಾಶಗಳು, ಪಾರದರ್ಶಕತೆ ಮತ್ತು ಭದ್ರತೆ ಇವೆಲ್ಲವುಗಳು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ವಿಷಯಗಳಾದರೂ ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ.

ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್ ಅವರು ಈ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳಿಗೆ ಭಾರತವನ್ನು ಚೀನಾದೊಂದಿಗೆ ಹೋಲಿಸು ವುದರೊಂದಿಗೆ ಭಾರತವು ಈ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ಗಣನೀಯವಾದ ಇಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ ಎಂದು ಸಾಧಿಸಿದ್ದಾರೆ.ಸೇನ್ ಅವರು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಬಡತನವನ್ನು ಮಾಪನ ಮಾಡಲು ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ಅಭಾವವನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು ಒಂದು ಉತ್ತಮ ವಿಧಾನ ಎಂದು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಇದು ಆದಾಯಕ್ಕಿಂತಲೂ ಉತ್ತಮ ವಿಧಾನವಾಗಿದೆ.ನ್ಯಾಯ, ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಮತ್ತು ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಈ ಮೂರರ ಬಗೆಗಿನ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುತ್ತಾ ಸೇನ್‌ರವರು, ಮಾನವ ಬಂಡವಾಳವು ಮಾನವನ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಆ ಮೂಲಕ ಪರೋಕ್ಷವಾದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿವರ್ತನೆಯಲ್ಲಿ ಅತೀ ಗಾಢವಾದ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಲು ಅಸಾಧ್ಯ ಎಂದು ಪ್ರತಿಪಾದಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಡಾ. ಉದಯ್‌ಕುಮಾರ್ ಇರ್ವತ್ತೂರು ಇವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯದಂತೆ, "ಜಾಗತಿಕ ಸಮಾಜವು ೨೧ನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿಯೂ ಹಲವಾರು ಸವಾಲುಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಪರಿಸರ ರಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ಪರಿಸರ ಸಮತೋಲನದ ಬಗೆಗಿನ ಕಾಳಜಿ ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳ

ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳಾಗಿವೆ. ಏಕೆಂದರೆ, ಪರಿಸರ ಮಾಲಿನ್ಯವು ಜಾಗತಿಕ ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತಹ ಒಂದು ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ಮಾನವನು ಪರಿಸರದ ಮುಖ್ಯ ಘಟಕವಾಗಿದ್ದು ಪರಿಸರದ ಜೊತೆಗೆ ಅವಿನಾಭಾವ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾನೆ. ಆಧುನಿಕ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಿಂದಾಗಿ ಪರಿಸರವು ಮಲಿನವಾಗುತ್ತಿದ್ದು, ಮನುಷ್ಯನ ಅತಿಯಾದ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳೇ ಆತನ ಬದುಕಿಗೆ ಮಾರಕವಾಗಿವೆ. ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಸುಸ್ಥಿರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಪರಿಸರ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿ ಅತೀ ಅವಶ್ಯಕ."[೨೭] ಇಲ್ಲಿ ಲೇಖಕರು ಪರಿಸರದ ಬಳಕೆಯ ಜೊತೆಗೆ ಪರಿಸರದ ರಕ್ಷಣೆಯು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಪ್ರಮುಖ ಮಾನದಂಡ ಎಂದು ಗುರುತಿಸಿದ್ದಾರೆ ಹಾಗೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಪರಿಸರವು ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಮಹಿಳೆಯರ ಬಗೆಗಿನ ಅಧ್ಯಯನ ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶ. ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ದೊರಕಿದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಫಲದ ಬಗ್ಗೆ ಬೆಳಕು ಚೆಲ್ಲುತ್ತಾ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಈ ಯೋಜನೆಗಳ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಾಗದೇ ಇರುವುದು ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ಮುಖೇನ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲೂ ಮಹಿಳೆಯರ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ೧೯೭೫ರಿಂದೀಚೆಗೆ ಚರ್ಚೆಗಳು ಪ್ರಾರಂಭವಾಗಿದ್ದು, ಮಹಿಳೆಯರ ಅನುಕೂಲಕ್ಕಾಗಿ ಹಲವಾರು ಜನಪರ ಯೋಜನೆಗಳು ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ಬಂದಿವೆ. ೧೯೯೯ರ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿವರದಿಯು ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ನಡೆಸಿದೆ. ನಂಜುಂಡಪ್ಪ ಸಮಿತಿ ವರದಿಯಲ್ಲೂ ಮಹಿಳೆಯರ ಬಗೆಗಿನ ಅಧ್ಯಯಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಡಾ. ಉದಯ್‌ಕುಮಾರ್ ಇರ್ವತ್ತೂರ್ ಇವರು, ಮಹಿಳೆಯರ ಅರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯನ್ನು ನಡೆಸುತ್ತಾ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ದುಡಿಮೆಯು ಹೆಚ್ಚು ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ವಾವಲಂಬನಾ ಬದುಕನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ. ೨೦೦೧ರ ಜನಗಣತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಮಹಿಳೆಯರ ದುಡಿಯುವ ಪ್ರಮಾಣವು ಶೇ. ೯.೯%ರಷ್ಟು ಏರಿಕೆಯಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಉಧ್ಯಮಶೀಲತೆಯೂ ಕೂಡ ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಏರಿಕೆಯನ್ನು ಕಂಡಿದೆ.[೨೮]

ಮಹಿಳಾ ಸಶಕ್ತೀಕರಣದ ಅಂಗವಾಗಿ ಸ್ವ-ಸಹಾಯ ಮತ್ತು ಸ್ತ್ರೀಶಕ್ತಿ ಗುಂಪುಗಳು ಹೆಚ್ಚು ವಿಸ್ತಾರವಾಗಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿವೆ ಮತ್ತು ಇದರಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಮಹಿಳೆಯರು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವವರೇ ಆಗಿರುತ್ತಾರೆ ಎಂಬುದು ಲೇಖಕರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ. ಹಾಗಾಗಿ ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಯೋಜನೆಗಳ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಾಗಿ ಮಾಡುವುದು ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಸ್ವಾವಲಂಬನೆಯ ಬದುಕನ್ನು ನಡೆಸುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಪ್ರಮುಖ ಕರ್ತವ್ಯವಾಗಿದೆ.ಭಾರತವು ತನ್ನ ಸಂಸ್ಕೃತಿಯಿಂದಲೇ ಪ್ರಪಂಚವನ್ನು ಮೋಡಿಮಾಡಿದೆ. ತನ್ನ ಶ್ರೀಮಂತ ಸಂಪ್ರದಾಯಗಳಿಂದ ಹಾಗೂ ಧೀಮಂತ ಸಂಸ್ಕೃತಿಯಿಂದ ಪ್ರಚೋದಿಸಲ್ಪಟ್ಟಂತಹ ಒಂದು ಭವ್ಯ ಪರಂಪರೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಒಂದು ದೇಶವಾಗಿದೆ. ಈ ಶತಮಾನದ ಆರಂಭದಲ್ಲಿ ಭಾರತವು ಪ್ರಪಂಚದಲ್ಲಿಯೇ

ಎರಡನೇ ಬಹು ದೊಡ್ಡ ಆರ್ಥಿಕತೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತಹ ದೇಶವಾಗಿದೆ. ೨೧ನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ಭಾರತದ ೭ಮಿಲಿಯನ್‌ನಷ್ಟು ಜನರು ಅನುಭೋಗಿಗಳು ಹಾಗೂ ಸರಕು ಸೇವೆಗಳ ಉತ್ಪಾದಕರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಭಾರತವು ಪ್ರಸ್ತುತ ತನ್ನ ಸಾಧನೆಯಲ್ಲಿ ೨೧ನೇ ಶತಮಾನವನ್ನು 'ಭಾರತದ ಶತಮಾನ'ವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಿದೆ. ಇತರ ಶತಮಾನಗಳಂತೆ ೨೧ನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿಯೂ ನಾವು ಹಲವಾರು ಏರಿಳಿತಗಳನ್ನು ಕಂಡಿದ್ದೇವೆ. ಹವಾಮಾನ ವೈಪರಿತ್ಯಗಳು, ಜಾಗತಿಕ ತಾಪಮಾನ ಏರಿಕೆ ಯಾವ ರೀತಿಯ ಒಂದು ಸಂಚಲನವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಿದೆಯೆಂದರೆ ಇದು ಒಟ್ಟು ಆರ್ಥಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಮುಮ್ಮುಖ ಚಲನೆಗೆ ಅಡ್ಡಿ ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ.[೨೯]

ಮೀರಾ ಕಾಮ್‌ದಾರ್‌ರವರು ತಮ್ಮ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ, "ತೀವ್ರವಾಗಿ ಏರುತ್ತಿರುವ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಭಾರತದ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದೆ. ೨೧ನೇ ಇಸವಿಗೆ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಪ್ರಮಾಣವು ೧೧ ಬಿಲಿಯನ್‌ಗೆ ಏರಬಹುದು ಎಂದು ಅಂದಾಜಿಸಲಾಗಿದೆ. ಭಾರತವು ಏರುತ್ತಿರುವ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಸಮಾನ ಗತಿಯಲ್ಲಿ ಉದ್ಯೋಗ ಅವಕಾಶವನ್ನು ಒದಗಿಸಲು, ವಸತಿ ಸೌಕರ್ಯ, ಆಹಾರ, ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯಂತಹ ವಿಷಯಗಳಿಗೆ ತನ್ನ ನಿಗದಿತ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳಲ್ಲಿಹೆಚ್ಚಿನ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಜನರಿಗೆ ಒದಗಿಸಲು ಹರಸಾಹಸ ಪಡುತ್ತಿದೆ. ಇಂತಹ ಇಕ್ಕಟಿನ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಭಾರತವು ಕಡಿಮೆ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಹೆಚ್ಚು ಉತ್ಪಾದನೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನವನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಅವಿಷ್ಕಾರದತ್ತ ಹೆಜ್ಜೆ ಇಡುತ್ತಿದೆ. ಇಂದು ಈ ರೀತಿಯ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನದ ಬಳಕೆಯು ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿರುವ ದೇಶಗಳಿಗೆ ವರದಾನವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ. ಭಾರತವು ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಸಂವಹನ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲೂ ಏರುಗತಿಯ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಿದೆ. ಅಂತರ್ಜಾಲದ ಬಳಕೆಯಲ್ಲೂ ಕೂಡ ಭಾರತವು ಗೂಗಲ್, ಫೇಸ್‌ಬುಕ್‌ನಂತಹ ಅತಿ ದೊಡ್ಡ ಸಾಂಭವ್ಯ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿದೆ.[೩೦]

ಭಾರತವು ೨೧ನೇ ಶತಮಾನವನ್ನು ವಾಸ್ತವಿಕತೆಯಾಗಿ ಎದುರಿಸುತ್ತಿದೆಮತ್ತು ವೈವಿಧ್ಯಮಯ ಪ್ರಜಾಪ್ರಭುತ್ವದ ಸಂಕೇತವಾಗಿದೆ. ಭಾರತದ ಗಣರಾಜ್ಯವು ೨೯ರಾಜ್ಯಗಳ ಒಕ್ಕೂಟವಾಗಿದೆ. ೨೦೧೧ರ ಜನಗಣತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ೯೬೬ ಮಿಲಿಯನ್(೮೦%) ಹಿಂದೂಗಳಿದ್ದರೆ, ೧೭೨ ಮಿಲಿಯನ್ (೧೪%) ಮುಸ್ಲಿಂ ಸಮುದಾಯವಿದ್ದು ಉಳಿದ ೬% ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್, ಸಿಖ್,ಬೌದ್ಧ ಹಾಗೂ ಜೈನ ಸಮುದಾಯವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಬಡತನ ಹಾಗೂ ಅನಕ್ಷರತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಪ್ರಜಾಪ್ರಭುತ್ವದ ಒಂದು ದೇಶದಲ್ಲಿ ಎಂದಿಗೂ ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಭಾರತದ ಪ್ರಜಾಪ್ರಭುತ್ವವು ಪ್ರವರ್ಧತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಭಾರತವು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಕೃಷಿ ರಾಷ್ಟ್ರದಿಂದ ಮಹಾನಗರಗಳ ರಾಷ್ಟ್ರವಾಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆ ಹೊಂದುತ್ತಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ೨೦೫೦ರ ವೇಳೆಗೆ ೮೦೦ ಮಿಲಿಯನ್‌ನಷ್ಟು ಭಾರತೀಯರು ನಗರವಾಸಿಗಳಾಗಿರುತ್ತಾರೆ ಎಂಬುದಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನವು ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ಭಾರತವು ಅನೇಕ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಬಯಸುತ್ತಿದೆ. ಆದರೆ ಈ ಬದಲಾವಣೆಯು ಇತ್ತೀಚಿನ

ಮನಸ್ಥಿತಿಯನ್ನೂ ಬದಲಾಯಿಸುತ್ತಿದೆ. ಭಾರತವು ತೀವ್ರ ಬಡತನದಿಂದ ಹೊರ ಬರಲು ಹೊಸತಾದ ಭರವಸೆಯನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿದೆ. ಆದರೆ ಭಾರತದ ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಕೃತಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಯು ಈ ಮಹತ್ವಾಕಾಂಕ್ಷೆಯ ಗುರಿ ಮುಟ್ಟುವಲ್ಲಿ ತಡೆಯೊಡ್ಡುತ್ತಿದೆ.[೩೧]

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ ೭೦ರಷ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ವಾಸ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ದೇಶದ ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಜನ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಕೃಷಿ ಚಟುವಟಿಕೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ೨೦೧೫ರ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಪ್ರಕಾರ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು ೩೦೦ಮಿಲಿಯನ್‌ನಷ್ಟು ಜನರು ವಿದ್ಯುತ್ ಸೌಕರ್ಯದಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ೨೦೦೯ರ ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರದ ಅಧಿನಿಯಮದ ಪ್ರಕಾರ ಮಾಹಿತಿ ಹಾಗೂ ಉಚಿತ ಕಡ್ಡಾಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಕಾಯ್ದೆಯನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆದರೂ, ಇದು ಹಲವಾರು ನ್ಯೂನ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದು ಕಳಪೆ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ, ಅನಿಯಮಿತ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳ ಗೈರು ಹಾಜರಿ, ಸಮರ್ಥ ಶಿಕ್ಷಕರ ಕೊರತೆ, ಕಳಪೆ ಕಲಿಕಾ ಫಲಿತಾಂಶ, ಖಾಸಗಿ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಶಿಕ್ಷಣದ ನಡುವೆ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ವಿಭಜನೆ ಈ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಶಿಕ್ಷಣ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಕುಂಠಿತಗೊಳಿಸಲು ಕಾರಣವಾಗಿವೆ.

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಭಾರತವು ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಯಶಸ್ಸನ್ನು ಕಂಡಿಲ್ಲ. ವಿಶ್ವ ಬ್ಯಾಂಕ್‌ನ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ಪ್ರಕಾರ ೨೦೧೩ರಲ್ಲಿ ಭಾರತವು ತನ್ನ ಒಟ್ಟು ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ೧.೩%ರಷ್ಟು ಹಣವನ್ನು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಮೀಸಲಾಗಿರಿಸಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಕಡಿಮೆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ಹಾಗೂ ಕಡಿಮೆ ಗುಣಮಟ್ಟದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಾಗಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಸಮಂಜಸವಾದ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತಿದೆ. ಆದರೆ, ಕಳಪೆ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಹಾಗೂ ಕಳಪೆ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಬಡ ಹಾಗು ನಿರ್ಗತಿಕ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ನೀಡುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಜನರಿಗೆ ಕೈಗೆಟುಕುವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸರಿಯಾದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ದೊರಕದೇ ಇದ್ದಾಗ ಹಲವಾರು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಕಡಿಮೆ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಬಡ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತೀವ್ರ ತೆರನಾದ ಖಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನೀಡಲು ಮುಂದೆ ಬಂದಿವೆ. ಇದು ಸರ್ಕಾರದ ಕೆಲ ಯೋಜನೆಗಳ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಈ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಸರಕಾರವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚದ ಕಡೆಗೆ ಕಡಿಮೆ ಗಮನವನ್ನು ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಿರುವ ಕಾರಣ ಬಡತನ, ಪರಿಸರ ಮಾಲಿನ್ಯ, ಶುದ್ಧ ನೀರಿನ ಕೊರತೆ ಅಧಿಕಗೊಂಡಿದ್ದು, ಆರೋಗ್ಯದ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಕುಂಠಿತಗೊಳಿಸಿದೆ.[೨]

ನಗರಗಳಲ್ಲಿನ ವಾಯುಮಾಲಿನ್ಯವು ಮಾನವ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹಾನಿಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಅತಿಯಾದ ಫಾಸ್ಟ್ ಫುಡ್, ಜಂಕ್ ಫುಡ್‌ಗಳ ಸೇವನೆಯು ನಗರಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಮಧ್ಯಮ ವರ್ಗದ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹದಗೆಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಇದು ಜನರಲ್ಲಿ ಬೊಜ್ಜು

ಮತ್ತು ಹೃದಯ ಸಂಬಂಧಿ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಇತ್ತೀಚಿಗೆ ಆಯುಷ್ ಎನ್ನುವ ಹೆಸರಿನೊಂದಿಗೆ ಯೋಗ, ಪ್ರಕೃತಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಯುನಾನಿ, ಸಿದ್ಧ ಮತ್ತು ಹೋಮಿಯೋಪತಿಗಳಂತಹ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿಗಳು ಜನಪ್ರಿಯಗೊಂಡಿವೆ.

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಪನ್ಮೂಲವು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ ಪ್ರಗತಿಪರ ಸಾಕ್ಷಾತ್ಕಾರದ ತತ್ವ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕವಾದ ವೈಯಕ್ತಿಕ ನಿಬಂಧನೆಗಳು. ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕುಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನವ ಉದಾರವಾದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ನೀತಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾತನಾಡಲು ಅಸಮರ್ಪಕವಾಗಿವೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಹಕ್ಕುಗಳು ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ರಾಷ್ಟ್ರಿಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಒಟ್ಟಾಗಿ ಪ್ರಚೋದಿಸುತ್ತವೆ ಹಾಗೂ ಇಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಾದ ಸಂನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಗರಿಷ್ಟ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಬಳಕೆ ಮಾಡುತ್ತವೆ ಎಂದು ಬೆಂಜಮಿನ್ ಆ್ಯಶ್ಲೆ ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ.[೩೩] ಲೇಖಕರ ಪ್ರಕಾರ ಮಾನವನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಬಹಳಷ್ಟಿದೆ. ಹೇಗೆಂದರೆ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಒಂದು ಉಪಕರಣದ ಸಾಧನವಾಗಿ ಬಳಸಲ್ಪಡುತ್ತದೆ. ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಮಾನವ ಆರೋಗ್ಯದೊಡನೆ ತಳಕು ಹಾಕಿರುವುದರಿಂದ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಆರೋಗ್ಯವು ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಬಡತನವು ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಮಾರಕವಾಗುತ್ತದೆ. ಜಾಗತಿಕರಣದ ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿರುವ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಮಾನವ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ನೀಡಲಾಗಿರುವಂತಹ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಸಾಧನೆಯು ಅಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ ಎಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು ಅಂದರೆ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಸಮಾಜದ ಅಂದರೆ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಬೇಕೇ ಹೊರತು ಆತನನ್ನು ಇನ್ನಷ್ಟು ಬಡತನಕ್ಕೆ ತಳ್ಳುವುದರ ಮುಖಾಂತರ ಆತನ ಅಧಃಪತನಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಬಾರದು.ಜಾಗತೀಕರಣದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಆದಂತಹ ಹಾನಿಯ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಅನುಸಂಧಾನ ಮಾಡುವ ಮುಖೇನ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಂಯೋಜನೆಯ ಮುಖೇನ ಅನುಸಂಧಾನ ಮಾಡಬಹುದು[೩೪] ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ.

ದಾಸ್ ಗ್ಯಾಸ್ಪರ್‌ರವರು ತನ್ನ ಬರಹದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಸಮಾಜದ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಬಗೆಗೆ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿರುತ್ತಾರೆ. "ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ತನ್ನ ಗುರಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಬೇಕಾದರೆ ಸಮಾಜವು ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ್ದಾಗಿರಬೇಕು. ೧೯೯೦ರ ನಂತರದಿಂದೀಚೆಗೆ ಯು.ಎನ್.ಡಿ.ಪಿ.ಯು ಪ್ರಸ್ತುತಪಡಿಸಿರುವಂತಹ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವಿಧಾನವು ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಸ್ಥಳೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿಯೂ ಈ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಪುಷ್ಠೀಕರಿಸಿ ಹಲವಾರು ವರದಿಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಿದೆ. ಈ ವರದಿಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಸಮಾಜದ ಗುಣಮಟ್ಟ, ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹಾಗೂ ಭದ್ರತಾ ವಿಧಾನಗಳು ಆ ಸಮಾಜದ ಆರ್ಥಿಕ ಕೇಂದ್ರಿಕೃತ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ ಎಂಬುದು ಜಾಗತಿಕ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಲ್ಲಿ ಒಪ್ಪಿದ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ[೩೫].

ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಮಾನವ ಭದ್ರತೆಯೊಂದಿಗೆ ನಿಕಟ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಹ್ಯಾಕ್ ಅವರ ಪ್ರಕಾರ, "ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಮಾನವ ಭದ್ರತೆಯ ಪರಿಭಾಷೆಯೊಡನೆ ನಿಕಟ ಸಂಬಂಧ ಹೊಂದಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಭದ್ರತಾ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಜೀವನ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಮೇಲೆ ಬೆಳಕನ್ನು ಚೆಲ್ಲುತ್ತದೆ. ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೌಲ್ಯಯುತವಾದ ಜೀವನದ ಹಾದಿಯನ್ನು ಸುಗಮವಾಗಿಸಲು ಮಾನವನ ಒಟ್ಟಾರೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಭದ್ರತೆಯು ಬಹಳ ಅಗತ್ಯ." ಮಿಲ್ಲೇನಿಯಮ್ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಗುರಿಗಳು ಕೂಡಾ ಈ ದಿಕ್ಕಿನಲ್ಲಿಯೇ ಪ್ರಯತ್ನ ಪಡುತ್ತಿರುವುದು ಒಂದು ತೃಪ್ತಿದಾಯಕ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಮಾನವ ಭದ್ರತಾ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯು ಜನರ ಭಯ ಮತ್ತು ಭಾವನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆಯೂ ಮಾತನಾಡುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಭದ್ರತೆಯು ಮಾನವನಿಗೆ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಭಯಮುಕ್ತವಾದ ವಾತಾವರಣ ಕಲ್ಪಿಸುವುದರ ಮುಖಾಂತರ ಹಾಗೂ ಅವನನ್ನು ದುರ್ಬಲಗೊಳಿಸುವ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳನ್ನು ಮುಕ್ತವಾಗಿರಿಸಿ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಅನಿಶ್ಚಿತತೆಯನ್ನು ದೂರಮಾಡಿಸಿ ಉತ್ತಮ ನೈತಿಕ ಪರಿಸರವನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುವ ಮುಖಾಂತರ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಉತ್ತಮ ಜೀವನವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಸಾಮಾಜಿಕ ಭದ್ರತೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಎದುರಾಗುವಂತಹ ಬಾಹ್ಯ ಗಂಡಾಂತರಗಳಿಗೆ ರಕ್ಷಣೆಯಾಗಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಭದ್ರತೆಯು ಬೇಕಾಗಿದೆ. ಉದಾ: ಆರ್ಥಿಕ ಏರಿಳಿತಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಯು ಒಂದೆಡೆಯಾದರೆ ಇನ್ನೊಂದೆಡೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೀಣಿಸುವಿಕೆ, ರೋಗಗಳ ಹರಡುವಿಕೆ, ಪ್ರಕೃತಿಯ ಬದಲಾವಣೆ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ, ರಾಜಕೀಯ ಬದಲಾವಣೆ ಇತ್ಯಾದಿ.

ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ಸಾಹಿತ್ಯ ಪರಾಮರ್ಶೆ

ಜುಮ್ ಝಿನ್ ಕಿಮ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಮೇರಿ ಎಲನ್ ಅವರು ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ನೀತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸುತ್ತಾ, "ಮಾನವನ ವೃತ್ತಿಕೌಶಲ್ಯವು ಹಲವಾರು ಅಂಶಗಳನ್ನು ಅವಲಂಭಿಸಿ ವೃದ್ಧಿಗೊಳಿಸುತ್ತವೆ. ಅವೆಂದರೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಕುಟುಂಬ, ವಯಸ್ಸು, ಲಿಂಗ, ಜನಾಂಗೀಯತೆ, ಆತನ ಗಳಿಕೆ, ಕಾರ್ಯಭಾರ ಇತ್ಯಾದಿ.ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯಗಳಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವು ಯಾವರೀತಿ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ ಎಂದರೆ ಕೌಟುಂಬಿಕ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ, ಆರ್ಥಿಕ ಭದ್ರತೆ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಭದ್ರತೆಯನ್ನು ನೀಡುವಂತಹ ವಾತಾವರಣವು ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ತೃಪ್ತಿಯನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುವಂತಹ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು, ಇವುಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಲಭಿಸುತ್ತವೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಉದ್ಯೋಗದ ಮುಖ್ಯ ಲಕ್ಷಣಗಳಾದ ಉದ್ಯೋಗದ ಸ್ಥಿರತೆ, ಅಧಿಕ ವರಮಾನ, ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆಗಳು, ಆರ್ಥಿಕ ಲಾಭಗಳು, ನಿವೃತ್ತಿಯ ಸವಲತ್ತುಗಳು, ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನಗಳು, ಇವೆಲ್ಲವೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಆಕರ್ಷಣೆಗೆ ಹಾಗೂ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಕ್ರೋಢೀಕರಣಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಉದ್ಯೋಗಾಕಾಂಕ್ಷಿಗಳು ಖಾಸಗಿ ವಲಯಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಸರ್ಕಾರಿ ವಲಯಗಳಲ್ಲಿ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಸಂಪಾದಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ ವಿಷಯ. ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ, ನೀತಿ ನಿಯಮಗಳು ಕುಟುಂಬ ಸ್ನೇಹಪರ ಸಂಬಂಧ ನೀತಿಗಳನ್ನು ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೆ ತಂದದ್ದು, ಜನರ

ಕಾರ್ಯದಕ್ಷತೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ ಕುಟುಂಬ ಸ್ನೇಹಿಯಾದ ಉತ್ತಮ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿದೆ. ಈ ಕುಟುಂಬ ಸ್ನೇಹಿ ನೀತಿ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳಿಗೆ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಿಂತ ಪುರುಷರು ಹೆಚ್ಚು ಆಸಕ್ತಿ ಹೊಂದಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಬಹುದು.ಈ ಕುಟುಂಬ ಸ್ನೇಹಿ ನೀತಿ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ರೀತಿಯ ಸ್ಪಂದನೆಯು ದೊರಕದೆ ಇದ್ದು ಅದರಲ್ಲೂ ಸ್ತ್ರೀ ಪ್ರಾಬಲ್ಯದ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು (ಉದಾ: ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ವಿಭಾಗ, ಸಾಮಾನ್ಯ ಸೇವಾ ಆಡಳಿತ) ನೀರಸ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಿವೆ”[೩೬] ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಡುತ್ತಾರೆ.

ಡಾ. ಸಿದ್ಧಗಂಗಮ್ಮ ಅವರ “ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿ” ಕುರಿತಾದ ಪ್ರಬಂಧ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ, “ಯಾವುದೇ ಒಂದು ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಅಲ್ಲಿನ ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ವಿವರಿಸುತ್ತದೆ. ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯವು ಕುಟುಂಬದ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಹಾಗೂ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾಗಿ ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಲಿಂಗದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬಿಂಬಿತವಾಗಿರುವ ನಮ್ಮ ಸಮಾಜವು ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತಂತೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ವಹಿಸಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೇ, ಬಡತನದಲ್ಲಿರುವ ಓರ್ವ ಮಹಿಳೆಗೆ ಆಕೆಯ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವೇ ಸಂಪನ್ಮೂಲವಾಗಿದೆ”. ಅಲ್ಲದೇ, ಇತ್ತೀಚಿನ ಜಾಗತೀಕರಣ ಲೇಪಿತ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಮಹಿಳೆಯರ ಬದುಕನ್ನು ಹೈರಾಣಗೊಳಿಸಿದೆ. ಮಹಿಳೆಯರ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತಂತೆ ಸರಕಾರವು ತನ್ನ ಹತ್ತನೇ ಹಣಕಾಸು ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮೂರು ಪ್ರಮುಖ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ತಾಯಿಯ ಹಾಲಿನ ಮಹತ್ವದ ಕುರಿತಂತೆ ಆಗೋಸ್ಟ್ ೧ ರಿಂದ ೭, ೨೦೦೨ರಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವ ತಾಯಂದಿರ ಸಾಪ್ತಾಹಿಕ ದಿನವನ್ನಾಗಿ ಆಚರಿಸಲಾಗಿದೆ. ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರವು ಶಿಶುಪಾಲನೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಹಾಗೂ ರಕ್ಷಣಾತ್ಮಕ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿದೆ.

ಗರ್ಭಿಣಿ ಹಾಗೂ ಬಾಣಂತಿಯರಿಗೆ ಇರುವಂತಹ ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರದ ಕೊರತೆಯನ್ನು ನೀಗಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ ಆಹಾರ ಭದ್ರತೆಯಂತಹ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಸರಕಾರವು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆಹಾರ ಲಭ್ಯತೆಯು ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದ್ದು, ಆಹಾರವನ್ನು ದಕ್ಕಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವಿಲ್ಲದೇ ಜನರು ಉಪವಾಸ ಬೀಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಅಪೌಷ್ಠಿಕತೆಗೆ ಒಳಗಾದ ಮಹಿಳೆಯರು ದುಡಿಯುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಇದು ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ರಕ್ತಹೀನತೆಯಂತಹ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ನಮ್ಮ ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಬೇಕಾದಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಠಿಕಾಂಶದ ಆಹಾರವು ಲಭ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ.

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯಲ್ಲಿ ಜನರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಹಾಗೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಸರಬರಾಜಾಗುವ ಔಷಧಿಯ ಪ್ರಮಾಣಗಳು ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತವೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ, ನೈತಿಕ ಮತ್ತು ರಾಜಕೀಯ ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು ಬಹು ಆಯಾಮದ ಅಂತರ್‌ಶಿಕ್ಷಣ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುವುದು ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಆರ್.ಹೇಮಾ ಮತ್ತು ವಿ.ಆರ್.ಮುರಳೀಧರನ್ ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಡುತ್ತಾರೆ. ಮದ್ರಾಸ್ ಇನ್‌ಸ್ಟಿಟ್ಯೂಟ್ ಆಫ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ವಿಭಾಗವು ಆಯೋಜಿಸಿದ್ದ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಎಂಬ ಕಾರ್ಯಗಾರದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ಹಲವಾರು ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ಮಂಡಿಸಲಾಯಿತು. ಈ ವಿಚಾರ ಸಂಕಿರಣಗಳನ್ನು ಮೂರು ವಿಭಾಗಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಲಾಯಿತು. ಮೊದಲನೆಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಖ್ಯೆಗಳು ಮತ್ತು ಸಮಾಜದ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ, ಎರಡನೆಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ, ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಬೇಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯಗಳ ಪಾತ್ರ ಮುಂತಾದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅಂಶಗಳು, ಮೂರನೆಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಮಾಜದ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧ, ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯಲ್ಲಿ ಲಿಂಗ ಪಕ್ಷಪಾತ, ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯ, ಏಡ್ಸ್ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಪರಿಣಾಮ ಮತ್ತು ತಡೆಗಟ್ಟುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಮಾಜಕ್ಕೆ ಉಂಟಾಗುವ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಚರ್ಚಿಸಲಾಯಿತು.[೩೨] ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಕಾರ್ಯಾಗಾರವು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿತ್ತು. ಅವುಗಳೆಂದರೆ, ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ ರಚನಾತ್ಮಕ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಿಂದ ಬದಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಆರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿನ ಸ್ವಯಂ ಪ್ರೇರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸಬೇಕು ಎಂಬ ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತ ಚರ್ಚೆಯೊಂದಿಗೆ ಈ ಕಾರ್ಯಾಗಾರವು ಮುಕ್ತಾಯಗೊಂಡಿತು.

ಸ್ವಯಂ ಪ್ರೇರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಪಾತ್ರದ ಕುರಿತಾದ ಒಂದು ಚರ್ಚೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ರಚನಾತ್ಮಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ನಡೆಯುವ ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಬಗೆಗಿನ ಕಾಳಜಿಯು ಬಹು ಅಗತ್ಯ. ಏಕೆಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ನಿಬಂಧನೆಯು ಖಾಸಗಿ ಹಾಗೂ ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತ ವಲಯಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ತರುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಎತ್ತಿ ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಉದಾ: ಭಾರತದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ರೂಪಿಸಿದ ಇತ್ತೀಚಿಗಿನ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಯೋಜನೆಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಹಾಗೂ ಖಾಸಗಿ ಏಜೆನ್ಸಿಗಳ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಹಿರಿದು ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಅನುಮಾನವಿಲ್ಲ.

ನೀಲ್ ಹಾಲ್ಫಾನ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಮೈಲ್ಸ್ ಹಾಟ್ಸ್‌ಸ್ಟೈನ್ ಇವರು, "ಆರೋಗ್ಯವು ಒಂದು ಬಹು ನಿರ್ಧಾರಕಗಳ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿದೆ. ಅದು ಅನುವಂಶಿಕ ಜೈವಿಕ ವರ್ತನೆಯ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಹಾಗೂ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಬದಲಾಗುವ ಒಂದು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವಿಭಿನ್ನವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಥಗಳು ನಿರ್ಣಯಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿವೆ. ಅದರ ಸಂಚಿತ ಅಪಾಯ, ರಕ್ಷಣಾತ್ಮಕ ಅಂಶಗಳು ಹಾಗೂ ಜೈವಿಕ

ವರ್ತನೆಯ ನಿಯಂತ್ರಕಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಇತರ ಪ್ರಭಾವಗಳ ಉತ್ಪನ್ನವಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಎನ್ನುವುದು ಸಂದರ್ಭಗಳು ಮತ್ತು ಮಾನವನ ಕಾರ್ಯಗಳ ನಡುವೆ ಇರುವ ಒಂದು ವ್ಯವಸ್ಥೆ. ಇದು ಬಹು ವ್ಯವಹಾರಗಳಿಂದ ಕೂಡಿದ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯದಮೇಲೆ ಹಲವಾರು ಅಂಶಗಳು ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಬೀರುತ್ತವೆ. ಅವೆಂದರೆ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಜೈವಿಕ, ಮಾನಸಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಮತ್ತು ಐತಿಹಾಸಿಕ ಘಟನೆಗಳು ಹಾಗೂ ಆತನ ಜೀವನ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ಸ್ಥಿತಿ. ಇವೆಲ್ಲವೂ ಒಟ್ಟಾರೆ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಬೀರುತ್ತವೆ"[೩೮] ಎಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಇತ್ತೀಚಿನ ದಶಕಗಳಲ್ಲಿ ಮಾನವನ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿ ಬದಲಾಗಿದೆ. ಹಳೆಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಗಳನ್ನು ಅವಲೋಕಿಸಿದಾಗ ಅವುಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯು ಬಹಳ ಸಂಕೀರ್ಣವಾಗಿದ್ದು ಪ್ರಸ್ತುತ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಾಗುವುದು ಅಸಾಧ್ಯ. ಏಕೆಂದರೆ ಸಂಶೋಧಕರು ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕೇವಲ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಯ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುವ ಬಹುಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ, ಜೈವಿಕ ಹಾಗೂ ಮನೋವೈಜ್ಞಾನಿಕ ವಿಜ್ಞಾನವೆಂದು ಕರೆದರು.ಈ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹಲವು ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಿಂದ ಹಲವು ರೀತಿಯ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿತ್ತು. ೨೧ನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ವಿಸ್ತರಣೆಗೊಂಡ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಕೊಟ್ಟಂತಹ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯು ಹೀಗಿದೆ. "ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿ ಅಥವಾ ಒಂದು ಗುಂಪು ಒಂದು ಕಡೆಯಿಂದ ಇನ್ನೊಂದು ಕಡೆ ತನ್ನ ಪರಿಸರವನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸಲು ಮತ್ತು ನಿಭಾಯಿಸಲು ತನ್ನ ಪ್ರತಿ ದಿನದ ಜೀವನಕ್ಕೆ ಸಂಪನ್ಮೂಲವಾಗಿ ಪ್ರಯೋಗಿಸುವ ಅಸ್ತ್ರವಾಗಿದೆ."[೩೯]

ರವಿ ದುಗ್ಗಲ್‌ರವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯದಂತೆ, "ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ವಲಯದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ರಾಜ್ಯವು ನೀಡಿದ ನೇರ ಮತ್ತು ಪರೋಕ್ಷ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮುಂಗಡ ಪತ್ರಗಳ ಅರ್ಥಪೂರ್ಣ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯನ್ನು ಮಾಡಬಹುದು. ಮೊದಲನೆಯದಾಗಿ, ಆಸ್ಪತ್ರೆ ವಲಯದಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯದ ಹೂಡಿಕೆಯು ಕ್ಷೀಣವಾಗುವುದು ಮತ್ತು ಸಬ್ಸಿಡಿಗಳು ಅಥವಾ ಸಹಾಯಧನಗಳು, ಕಡಿಮೆ ಸಾಲಗಳು ಮತ್ತು ಸುಂಕ ಹಾಗೂ ತೆರಿಗೆ ವಿನಾಯತಿ ಕೊಡುಗೆಗಳು ಇವೆಲ್ಲವುಗಳು ಕ್ಷೀಣವಾಗಿವೆ. ಎರಡನೆಯದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಕಾಟೇಜ್, ಸಣ್ಣ ಅಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವ ಮೂಲಕ ಮಾದರಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯನ್ನು ರಚಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಮೂರನೆಯದಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ಅರ್ಹತೆಯುಳ್ಳ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳನ್ನು ಖಾಯಂ ನೇಮಕಗೊಳಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ."[೪೦]

೧೯೮೦ರ ಮೊದಲಿನ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಹಂತದ ನಮ್ಮ ಆರ್ಥಿಕತೆಯು ಉದಾರೀಕರಣ ಹಾಗೂ ಖಾಸಗೀಕರಣದ ಜೊತೆಗೆ ಹೆಜ್ಜೆ ಹಾಕಿರುವುದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ

೧೯೮೦ರ ದಶಕವು ಹಲವಾರು ರಚನಾತ್ಮಕ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಹೊಸ ಆಯಾಮಗಳತ್ತ ಮುಖ ಮಾಡಿರುವುದು ಇನ್ನೊಂದು ವಿಶೇಷ. ಇದು ಹೊರ ದೇಶಗಳಿಂದ ಆರ್ಥಿಕ ನೆರವನ್ನು ಬೇಡುವುದು, ಅದಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾದ ಬಡ್ಡಿ ಪಾವತಿಸುವುದು, ಹಾಗೂ ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರಗಳ ಆಯವ್ಯಯಗಳ ಗಾತ್ರವನ್ನು ಹಿಗ್ಗಿಸುವಂತೆ ಮಾಡಿದೆ. ಇದರ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಹಂತವಾಗಿ ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರಗಳು ಹಲವಾರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಸಣ್ಣ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ತೆರೆಯುವ ಮುಖಾಂತರ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವನ್ನು ನೀಡಲಾಯಿತು. ಆದರೆ ಅದೇ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ನಿರೀಕ್ಷಿಸಿದಷ್ಟು ಹಾಗೂ ಅಗತ್ಯವಿರುವಷ್ಟು ಮೂಲ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಸರಕಾರವು ವಿಫಲವಾಗಿದೆ ಎಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು. ೧೯೮೦ರ ದಶಕದ ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಆಯವ್ಯಯ ಕೂಡ ನಿರಾಶದಾಯ ವಾಗುವುದರೊಂದಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸದಿರುವುದು ವಿಷಾದನೀಯ ಸಂಗತಿ.

ಸರಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತಂತೆ ಇರುವ ಬದ್ಧತೆಯು ದಿನೇ ದಿನೇ ಕುಸಿಯುತ್ತಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯಡಿ ಸರಕಾರವು ಹೂಡುವ ಬಂಡವಾಳದ ಪ್ರಮಾಣ ವರ್ಷದಿಂದ ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಇಳಿಮುಖವಾಗುವುದನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಬಹುದು. ಮಾನವನ ಆರೋಗ್ಯವು ಸಮಾಜದ ಆರೋಗ್ಯದ ಪ್ರತಿಬಿಂಬಕವಾದರೂ ಸಹ ಜನರಿಗೆ ನೀಡಲಾಗುವ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೂಲ ಸೌಕರ್ಯಗಳ ಅಸಮರ್ಪಕತೆ ಮತ್ತು ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದ ಹಣಕಾಸಿನ ನೆರವು ಇವೆಲ್ಲವುಗಳು ಏರಿಕೆಯಾಗುತ್ತಿರುವ ಬೇಡಿಕೆಗೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಸರಕಾರವು ವಿಫಲ ವಾಗಿರುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸುತ್ತವೆ.೧೯೮೦ರ ದಶಕದಿಂದೀಚೆಗೆ ಉದಾರೀಕರಣ ಹಾಗೂ ಖಾಸಗೀಕರಣದ ಪ್ರವೇಶದೊಂದಿಗೆ ಹಾಗೂ ಭಾರತವು ವಿಶ್ವ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ತನ್ನ ಆರ್ಥಿಕತೆಯನ್ನು ಮುಕ್ತವಾಗಿರಿಸಿ ಕೊಳ್ಳುವುದರೊಂದಿಗೆ ಈ ಸಮಸ್ಯೆಯು ತಲೆದೂರಿದೆ. ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಬಳಕೆ, ಸಮರ್ಪಕ ಹೂಡಿಕೆ ಇವೆಲ್ಲದರ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವು ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಕಾಣದಿರಲು ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಚಾರಗಳಿಗೆ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಗಳ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯು ಇನ್ನೂ ಹದಗೆಟ್ಟಿರುವುದರಿಂದ ಇದು ಬಡ ಜನಗಳ ಮೇಲೆ ಇನ್ನೂ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿದೆ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಕಳಪೆ ಗುಣಮಟ್ಟ, ದುಬಾರಿ ಔಷಧಿ ಮುಂತಾದವುಗಳು ಬಡ ವರ್ಗದ ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ಮೂಲ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದಾಯಕವಾಗಿದೆ.

ಅಜಯ್ ಮಹಲ್ ಅವರು, "ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕಾಗಿ ನೀಡುವ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಬ್ಸಿಡಿ ಗಳನ್ನು ಕರ್ನಾಟಕದ ವಿವಿಧ ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಜೀವನ ನಡೆಸುವ ಜನರಿಗೆ ವಿತರಿಸುವ ವಿಧಾನವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಅದರಿಂದ ದೊರಕುವ ಜ್ಞಾನದ ಮುಖೇನ ನೀತಿ-ನಿಯಮಾವಳಿಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದು ಬಹಳ ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು

ಶಿಕ್ಷಣದಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆ ಮಟ್ಟದ ಸಾಧನೆಗೆ ಆದಾಯದ ಕೊರತೆಯೂ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಉತ್ತಮ ಶಿಕ್ಷಣದ ಕೊರತೆಯೂ ಕೂಡ ಆದಾಯದ ಇಳಿಕೆಗೆ ಪ್ರಮುಖ ಹಾಗೂ ನೈಜ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ"[೪೧] ಎಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಡಾ. ಎಚ್.ಡಿ. ಪ್ರಶಾಂತ್‌ರವರ "ಶಾಲಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಮೇಲುಸ್ತುವಾರಿ ಸಮಿತಿ– ಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಸಂವಾದ" ಎಂಬ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲೂಕಿನ ಕೆಲವು ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನಗಳನ್ನು ಆಧಾರವಾಗಿರಿಸಿ ಸಮಕಾಲೀನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಶಿಕ್ಷಣದ ಸ್ಥಿತ್ಯಂತರದ ಕುರಿತಂತೆ ಚರ್ಚಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಶಿಕ್ಷಣದ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಶಿಕ್ಷಣದ ಆಡಳಿತವನ್ನು ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿಂದ ಸ್ಥಳೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಯೂ ಇದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಶಾಲಾ ಆಡಳಿತಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಸಮುದಾಯಗಳ ಸಬಲೀಕರಣವು ಪ್ರಮುಖವಾಗಿದೆ. ಶಿಕ್ಷಣದ ಉತ್ತಮ ಆಡಳಿತ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಹಲವಾರು ಯೋಜನೆಗಳು ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದ್ದರೂ ಇದು ತಳಮಟ್ಟದ ಯಶಸ್ಸಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ. ಸಮಕಾಲೀನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಶಿಕ್ಷಣ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಸ್ಥಳೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ಅಂಶಗಳು ಮೂರು ಮುಖ್ಯ ಅಂಶಗಳಿಗೆ ಅಧಿಕ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಸಮುದಾಯದ ಪಾಲುದಾರಿಕೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಧಿಕಾರ, ಆಡಳಿತ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಪಾರದರ್ಶಕತೆ ಹಾಗೂ ಗುಣಾತ್ಮಕ ಶಿಕ್ಷಣದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಪೂರಕ ಪರಿಸರದ ನಿರ್ಮಾಣ. ಈ ಸಂವಾದ ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ನಿರ್ಣಯಗಳೆಂದರೆ: ಮಕ್ಕಳ ಕಡ್ಡಾಯ ಹಾಜರಾತಿ; ಶಿಕ್ಷಣದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಮಾಧ್ಯಮಗಳ ಬಳಕೆ ಹಾಗೂ ಪಾರದರ್ಶಕ ಲೆಕ್ಕಪತ್ರಗಳು, ಪೋಷಕರ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ, ಶಿಕ್ಷಕರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಶಾಲಾ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗ ಮತ್ತು ಬುಡಕಟ್ಟು ಗುಂಪುಗಳು ಎಂದು ಕರೆಯಲ್ಪಡುವ ಗುಂಪುಗಳು ಸಹ ಕಠಿಣವಾದ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆ ಹಾಗೂ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಕೊರತೆ ಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿವೆ. ಭಾರತದ ಸಂವಿಧಾನದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿಯೂ ಸಹ ಈ ರೀತಿಯ ತೊಂದರೆಗಳು ಸಂವಿಧಾನದ ಸ್ಥಾನಕ್ಕೆ ಇರಿಸುಮುರಿಸನ್ನು ತಂದಿವೆ. ಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮಹತ್ತರವಾದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷಣದ ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸಲು ಮಹತ್ವದ ಹೆಜ್ಜೆಯನ್ನು ಇಟ್ಟಿದ್ದು ಭಾರತದ ಸಂವಿಧಾನದ ಅಡಿ 'ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ'ಯನ್ನು ರಚಿಸಿದೆ. ಇದು "ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ತನ್ನ ಆರ್ಥಿಕ ಅಸಮರ್ಥತೆಯಿಂದಾಗಿ ಸಾಕಷ್ಟು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ವಿಫಲವಾಗಬಾರದು"ಎಂಬ ಧ್ಯೇಯ ವಾಕ್ಯದೊಡನೆ ಕಾರ್ಯಾರಂಭಿಸಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯು ಇನ್ನೂ ಹಲವಾರು ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮತೋಲನಗಳನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸುವುದು, ಉತ್ತಮ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು

ನೀಡುವ ಮುಖೇನ ನಗರ ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ದೂರೀಕರಿಸುವುದು. ಸಂವಿಧಾನದ ೪೧ನೇ ಪರಿಚ್ಛೇದವು ಈ ವಿಷಯದ ಕುರಿತಂತೆ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದೆ.

೧೯೯೦ರ ಆರಂಭದಿಂದಲೂ ಕರ್ನಾಟಕವು ಕೆಲವು ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ವಿಶೇಷ ಪ್ರಾತಿನಿಧ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಗಮನಾರ್ಹವಾದ ಹಾಗೂ ತ್ವರಿತ ಆರ್ಥಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ ರಾಜ್ಯವಾಗಿದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಮಾಹಿತಿ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿನ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ಹೆಚ್ಚು ಗೋಚರಿಸುವ ಸಂಕೇತಗಳಾಗಿವೆ. ಆದರೆ, ದುರಾದೃಷ್ಟವಶಾತ್ ಆದಾಯ ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆ ಆದಾಯ ಅಸಮಾನತೆಯೂ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವುದು ವಿಷಾದನೀಯ. ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ನೈಜ ತಲಾ ವೆಚ್ಚದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ದರದಲ್ಲಿ ನಗರ ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ವ್ಯತ್ಯಾಸವು ಭಾರತದಲ್ಲಿಯೇ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕದ ಬಗೆಗಿನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ನಿಟ್ಟಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುವುದು ಸಹಜ. ಅಂದರೆ ಈ ಏರುತ್ತಿರುವ ಆರ್ಥಿಕ ಅಸಮಾನತೆಗಳ ನಡುವೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೇವೆಗಳು ಅದರಲ್ಲೂ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷಣದಂತಹ ಮೂಲಭೂತ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಜನರಿಗೆ ಪೂರೈಸಲು ಯಾವರೀತಿಯ ಕಾರ್ಯತಂತ್ರಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತಿದೆ ಎಂಬುದು ಇಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಪ್ರಶ್ನೆಯಾಗಿದೆ. ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಪರಿಪಕ್ವವಾದ ಮತ್ತು ದಕ್ಷತೆಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಬ್ಸಿಡಿಗಳನ್ನು ಜನರಿಗೆ ಸಮಾನವಾಗಿ ವಿತರಿಸುವ ಮುಖಾಂತರ ಆರ್ಥಿಕ ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸುವುದೇ ಅಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಬಹುದು.[೪೨]

ಪೆಟ್ರೀಷಿಯಾ ಎಚ್. ಮಿಲ್ಲರ್‌ರವರು ಸ್ತ್ರೀವಾದಿ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳು ಹಾಗೂ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ನಡುವೆ ಇರುವ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ತಿಳಿಸುತ್ತಾ ಹೇಗೆ ಈ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳು ಸ್ತ್ರೀವಾದತ್ವವನ್ನು ಉತ್ಕೃಷ್ಟಗೊಳಿಸಿವೆ ಎಂಬುದಾಗಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಸ್ತ್ರೀವಾದತ್ವವು ಬೆಳೆದುಬಂದ ದಾರಿ ಅಲ್ಲದೆ ಸ್ತ್ರೀವಾದವು ಬೆಳೆಯಲು ಅನುಕೂಲ ಪರಿಸರವನ್ನು ಒದಗಿಸಿದ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳು, ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಮಕ್ಕಳ ಬಾಲ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ಕೆಲವು ವಿಚಾರಗಳು ಹೇಗೆ ಸ್ತ್ರೀವಾದತ್ವವನ್ನು ಶ್ರೀಮಂತಗೊಳಿಸಿವೆ ಎಂದು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳ ಸ್ತ್ರೀವಾದಿತ್ವದ ಬದಲಾವಣೆಗೆ ಹೇಗೆ ಪೂರಕವಾಗಿದೆ? ಎಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆಯೂ ತಮ್ಮ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇವರ ಪ್ರಕಾರ ಸ್ತ್ರೀವಾದಿ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ವಯಸ್ಕ ಮಹಿಳೆಯರ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಬೆಳಕನ್ನು ಚೆಲ್ಲುತ್ತವೆ. ಲೇಖಕರು ಗಮನಿಸಿದ ಹಾಗೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳು ಹಾಗೂ ಸ್ತ್ರೀವಾದಿ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳು ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ. ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಸ್ತ್ರೀವಾದಿ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳು ಕೇವಲ ವಯಸ್ಕ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅದು ಅತೀ ಕಿರಿಯ ಹಾಗೂ ಹಿರಿಯ ಮಹಿಳೆಯರ ಬಗೆಗಿನ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಉತ್ಸುಕವಾಗಿದೆ. ಯಾವುದೇ ತೆರನಾದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಮಾನವನ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಪರಿಸರವನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಅದರ ಅನುಭವಗಳು ಅದೇ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿಸರವನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುತ್ತದೆ.

ಸ್ತ್ರೀವಾದಿ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪರಿಕೋನದಲ್ಲಿ ಹೊಸ ದೃಷ್ಟಿಯನ್ನು ಹರಿಸಬಲ್ಲದೇ? ಎಂಬುದೇ ಸ್ತ್ರೀವಾದಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಚಿಂತನೆಗಳು. ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳ ಬಾಲ್ಯದ ಜೀವನವನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿದರೆ ಮಾತ್ರ ಸ್ತ್ರೀವಾದಿ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಭಾವಶಾಲಿಯಾಗುವುದು. ಏಕೆಂದರೆ, ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳ ಈ ಹಂತದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ಮಹಿಳೆಯ ಜೀವನದಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳ ಜೀವನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯು ಬಾಲ್ಯದಿಂದ ಮುಪ್ಪಿನವರೆಗೆ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಸ್ತ್ರೀವಾದಕ್ಕೆ ಇಂಬುಕೊಡುವಂತೆ ಹೊಸದಾದ ವಾದವು ಮಹಿಳೆಯರ ಬಗೆಗಿನ ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ದ್ವಿಗುಣಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವೇನೆಂದರೆ, ಮಹಿಳೆಯು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಾದರೆ ಮಾತ್ರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪರಿಕಲ್ಪನೆ ಪೂರ್ಣಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲದೇ ಹೋದರೆ ಅವು ಅಪೂರ್ಣವೆಂದೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಹಕ್ಕಿನ ಬಗೆಗಿನ ಧ್ವನಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದು ಮಹಿಳಾ ಸಬಲೀಕರಣ, ಮಹಿಳೆಯರ ನಿಲುವುಗಳು, ಎಲ್ಲಾ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಕೊಡುವ ಪ್ರಾತಿನಿಧ್ಯಗಳು, ಮಹಿಳಾ ಶಕ್ತಿಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಗಳು, ಸಹಜವಾಗಿ ಬದಲಾದ ಸ್ಥಿತಿಯ ಸ್ತ್ರೀವಾದದ ಮುಖವನ್ನು ನಮಗೆ ಪರಿಚಯಿಸುತ್ತದೆಳಿ ಎಂಬುದಾಗಿ ಲೇಖಕರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿದೆ.

ಡಾ. ಎ. ಶ್ರೀಧರ್‌ರವರು "ಬಹುಮುಖಿ ಚಿಂತನೆ – ವೈಚಾರಿಕ ಲೇಖನಗಳ ಸಂಗ್ರಹ"ದಲ್ಲಿ ಮಾನವಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹಕ್ಕು ವಿಷಯದ ಕುರಿತಂತೆ ಚರ್ಚಿಸುತ್ತಾ, "ಮಾನವ ಹಕ್ಕು ಮತ್ತು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಪೂರಕವಾದ ಅಂಶಗಳಾಗಿವೆ. ಇವುಗಳೆರಡೂ ಉತ್ತಮ ಉದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಪರಿಕಲ್ಪನಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಬೇರೆಬೇರೆಯಾಗಿವೆ. ಮಾನವಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯು ಮಾನವ ಕಲ್ಯಾಣದ ಕುರಿತಂತೆ ಬೆಳಕು ಚೆಲ್ಲುತ್ತದೆ. ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳು ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಪ್ರತಿಪಾದನೆಗೆ ಪೂರಕ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಬಳಕೆಯು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಪೂರಕ ವೇದಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಿಕೊಡಬಲ್ಲದು. ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಮಾನವನ ಸಮಗ್ರವಾದ ಧಾರಣಾ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವಂತಹ ಕಾರ್ಯಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ. ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳು ಒದಗಿಸುವ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವು ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ದೈಹಿಕ ಅಗತ್ಯಗಳಿಗೆ ಪೂರಕ ಪರಿಸರವನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುತ್ತದೆ. ಹೀಗಾಗಿ, ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳು ಮತ್ತು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಅಂತರ್ಗತವಾಗಿದೆ" ಎಂಬುವುದು ಲೇಖಕರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿದೆ.

ಕ್ಯಾಸ್ಪರ್‌ವರ್ಮ್ ಹ್ಯಾನ್‌ಸೆನ್‌ರವರ ಪ್ರಕಾರ, ೨೦ನೇ ಶತಮಾನದ ಮಧ್ಯಭಾಗದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯೊಂದಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ತಳಕು ಹಾಕಿಕೊಂಡಿರುವುದು ನಾವು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ಮಾನವನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶವಾಗಿ ಮಾನವನ ಜೀವಿತಾವಧಿಯನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದು. ಈ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ಒಂದು ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸಬಲ್ಲದು. ಏಕೆಂದರೆ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಜೀವಿತಾವಧಿ

ಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಯಾವುದೇ ದೇಶವು ಅಥವಾ ಹೇಳಿದ ಅರ್ಥವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಅದರ ಉತ್ಪಾದನಾ ಚಟುವಟಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಧನಾತ್ಮಕ ಅಂಶವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ಉತ್ತಮ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಒಂದು ದೇಶದ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಸದೃಢಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಲೇಖಕರು ತಮ್ಮ ಸಂಶೋಧನೆಯ ಫಲಿತಗಳನ್ನು ನವಯುಗದ ಸಿದ್ಧಾಂತದೊಡನೆ ವಿಮರ್ಶೆಯನ್ನು ಮಾಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದರ ಪ್ರಕಾರ ಮಾನವನ ಉತ್ತಮ ಜೀವಿತಾವಧಿಯು ಮಾನವನ ಬಂಡವಾಳದಮೇಲೆ ಧನಾತ್ಮಕ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ ಶೇ.೧ರಷ್ಟು ಮಾನವನ ಜೀವಿತಾವಧಿಯಲ್ಲಿನ ಹೇರಿಕೆಯು ಶೇ.೦.೪೫ ಹೇರಿಕೆಯನ್ನು ಮಾನವ ಬಂಡವಾಳದ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ನಾವು ಗುರುತಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಜೀವಿತಾವಧಿ, ಉತ್ತಮ ಮಾನವ ಬಂಡವಾಳವೂ ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಉತ್ತಮ ಉತ್ಪಾದಕ ಚಟುವಟಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಏರಿಕೆಯನ್ನು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ. ಈ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಬಂಡವಾಳದ ಬಗೆಗಿನ ವಿಸ್ತೃತ ಚರ್ಚೆಯನ್ನು ನಾವು ಕಾಣಬಹುದು. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ಮಾನವನ ಉತ್ತಮ ಜೀವಿತಾವಧಿಯು ಆತನ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಾಪಕವಾಗಿದೆ. ಇದು ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಮಾನವ ಬಂಡವಾಳದ ಸಂಬಂಧವು ದೀರ್ಘಾವಧಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿದೆ[೪೪] ಎಂಬುದು ಲೇಖಕರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿದೆ.

ಎಂ.ಆರ್.ನಾರಾಯಣ್ ಇವರು ತನ್ನ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ, ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸೂಚ್ಯಾಂಕಗಳ ಮಾಪನದಲ್ಲಿ ಬಳಸಲಾಗುವ ಪರಿಮಾಣಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಡಿರುವ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಸಾಕ್ಷರತೆಯನ್ನು ಇತರ ಪರಿಮಾಣಗಳಿಗಿಂತ ಭಿನ್ನವಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಇವರ ಪ್ರಕಾರ ಸಾಕ್ಷರತೆಯು ಮಾನವನ ಭೌತಿಕ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸಂಕೇತವಾಗಿದೆ. ೧೯೯೦ರ ನಂತರದ ಜಾಗತಿಕ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಹಾಗೂ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಿದ್ದು, ಈ ವರದಿಗಳು ಶಿಕ್ಷಣ ಹಾಗೂ ಇತರ ಪರಿಮಾಣಗಳನ್ನು ಹೋಲಿಸುವುದರ ಮುಖೇನ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿಗಳನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದೆ. ಇದರ ಪ್ರಕಾರ ಲಂಬ ಹಾಗೂ ಸಮತಲ ವಿಧಾನದ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮಾಪನವು ನಮ್ಮ ದೇಶಕ್ಕೆ ಸೂಕ್ತವೆಂದು ಕಂಡುಬಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಇದರಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಸಾಕ್ಷರತೆಯನ್ನು ಪ್ರಮುಖ ಸೂಚ್ಯಾಂಕದ ಪರಿಮಾಣವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಿದೆ. ಯು.ಎನ್.ಡಿ.ಪಿ.ಮುಖೇನ ರಚಿತವಾದಂತಹ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳು ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿಯ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಗವಾಗಿದೆ. ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಬಹು ಆಯಾಮದ ಅಧ್ಯಯನ ವಾಗಿದೆ. ಭಾರತವು ೨೦೦೧ರಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಈ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸೂಚ್ಯಂಕವನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿ ಕೊಂಡಿತ್ತು. ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳು ದೇಶದ ಪ್ರಗತಿಗೆ ಪೂರ್ಣಪ್ರಮಾಣದ ನೀತಿ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ಸರಿಯಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಈ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳು ಸರಕಾರದ ಯೋಜನೆಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ತಳಸ್ಥರದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಏರಿಕೆಗೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ಕೆಲಸವನ್ನು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಕ್ಷರತೆಯನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳ ರಚನೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪರಿಣಾಮವನ್ನಾಗಿ ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸಾಕ್ಷರತೆ ಅಥವಾ ಶಿಕ್ಷಣ ಸೂಚ್ಯಂಕವನ್ನು ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರಿಯ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಹಾಗೂ ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.[೪೫]

ಸಾಕ್ಷರತೆ ಹಾಗೂ ಔಪಚಾರಿಕ ಶಿಕ್ಷಣದ ದಾಖಲಾತಿ ಈ ಎರಡು ಅಂಶಗಳು ಶಿಕ್ಷಣ ಸೂಚ್ಯಂಕದ ರಚನೆಯ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶಗಳಾಗಿವೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಹಾಗೂ ರಾಜ್ಯಮಟ್ಟದ ಮಾನವ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನಕ್ಕೆ ಶಿಕ್ಷಣ ಹಾಗೂ ಅದರ ಸೂಚ್ಯಾಂಕಗಳ ಮಾಪನವು ಪ್ರಮುಖ ಮಾನದಂಡಗಳಾಗಿವೆ. ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಪರಿಮಾಣಗಳು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಜನಗಣತಿಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ. ಭಾರತದ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ವರದಿಗಳು ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ರಚನೆಯ ಮೇಲೆ ಬೆಳಕು ಚೆಲ್ಲುತ್ತದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಯೋಜನೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಂದಂತಹ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಭೀಮಾ ಯೋಜನೆಯು ಬಡ ಜನರಿಗೆ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡುವಂತಹ ಉದ್ದೇಶವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ ಎಂದು ಡಿ. ರಾಜಶೇಖರ್ ಮತ್ತು ಅರ್‌ಲೆಂಡ್ ಬರ್ಜ್‌ರವರು ಹೇಳುತ್ತಾ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಈ ಯೋಜನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಹಲವಾರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ರೋಗಿಗಳು ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸುವ ಮುಖೇನ ಈ ಯೋಜನೆಯ ಫಲಾನುಫಲಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಿರುತ್ತಾರೆ.[೪೬] ೨೦೧೦ರ ಯೋಜನೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಶೇಕಡಾ ೮೫ರಷ್ಟು ಜನರು ಇದರ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಆದಾಗ್ಯೂ ಈ ಯೋಜನೆ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯಲ್ಲಿ ಅಷ್ಟಾಗಿ ಬಳಕೆಯಾಗಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ವಾಸ್ತವವಾಗಿ ಶೂನ್ಯ ಸಂಪಾದನೆಯನ್ನೂ ಮಾಡಲಿಲ್ಲ. ಸರಕಾರವು ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿ ನಿಗದಿತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಅನುದಾನವನ್ನು ನೀಡದಿರುವುದೇ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದ್ದು ಕ್ಲಪ್ತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳು ಈ ಯೋಜನೆಯ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಾಗದಿರುವುದಕ್ಕೆ ಹಿನ್ನಡೆಯಾಗಿದೆ. ಸರಕಾರದ ವಿಳಂಬ ಧೋರಣೆಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಸರಿಯಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ನಿರಾಕರಣೆ ಹಾಗೂ ರೋಗಿಗಳೇ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಮೊದಲು ಭರಿಸುವಂತೆ ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದು ಇವೆಲ್ಲವುಗಳು ಈ ಯೋಜನೆಯ ಸರಿಯಾದ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ಮಾರಕವಾಗಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕವು ಕೂಡ ಈ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದ ಹೊರತಾಗಿಲ್ಲ. ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಕಾರ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ವಲಯದ ಕಾರ್ಮಿಕರಾದ ಕೃಷಿಕರು, ಕಟ್ಟಡ ಕಾರ್ಮಿಕರು, ಮನೆ ಕೆಲಸಗಾರರು, ಕಾರ್ಖಾನೆಗಳಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುವ ಕಾರ್ಮಿಕರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯು ತಲೆದೋರಿದಾಗ ಅವರು ಬಹಳ ತೊಂದರೆಗೆ ಸಿಲುಕುತ್ತಾರೆ. ಈ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ವಲಯದ ಕಾರ್ಮಿಕರ ಆರೋಗ್ಯದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ಸರಕಾರವು ನೀಡಲಾದ ಈ ಯೋಜನೆಯ ಸದುಪಯೋಗವನ್ನು ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಶೇಕಡಾ ೫೯ರಷ್ಟು ಜನರು ತ್ರಾಸದಾಯಕವಾಗಿ ಇದರ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಾದಾಗ ಕ್ಷಿಪ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಈ ಯೋಜನೆಯು ಸಹಕಾರಿಯಾಗಬೇಕು ಅಂದರೆ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ನೇರವಾಗಿ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತಲುಪಿಸುವುದರಿಂದ ಈ ಯೋಜನೆಯು ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಯೋಜನಕಾರಿಯಾಗಬಹುದು ಎಂಬುದು ಲೇಖಕರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿದೆ.

ವಿ.ಬಿ. ಅಣ್ಣಿಗೇರಿ ಅವರ ಪ್ರಕಾರ, ಆರ್ಥಿಕ ಸುಧಾರಣೆಗಳ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ದೇಶವು ತೀವ್ರವಾದ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಹಿನ್ನಡೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದೆ. ಇದು ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೆ ಇತರ

ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೂ (ವಲಯಕ್ಕೂ) ಹರಡಿದ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯದ ನೀತಿ-ನಿರೂಪಕರು, ಆರೋಗ್ಯದ ಪ್ರಾಯೋಜಕರು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಸಂಗ್ರಹಕ್ಕೆ ಮುಂದಾಗಿರುವುದು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಈ ವಲಯವನ್ನು ಆಧರಿಸಿ ಹೊಸ ಸಂಪನ್ಮೂಲವನ್ನು ಹುಡುಕುವ ಮಾರ್ಗಗಳನ್ನು ಶೋಧಿಸುವುದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.ಈ ಹಿಂದೆಯೇ ಹಲವು ದಶಕಗಳಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚದ ಬಗ್ಗೆ ವಿಮರ್ಶಿಸುವ ಹಲವಾರು ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ನಡೆದಿವೆ. ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ದಕ್ಷ ಬಳಕೆಯನ್ನು ಮಾಡುವ ಸಲುವಾಗಿ ಹಲವಾರು ನಿರ್ಣಯಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ಈಗಾಗಲೇ ಹಂಚಿಕೆಯಾಗಿರುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳು ಸೀಮಿತವಾಗಿರುವ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ನ್ಯಾಯಯುತ, ಪರಿಪೂರ್ಣ ಹಾಗೂ ದಕ್ಷ ಬಳಕೆಯು ಮಹತ್ವದ್ದಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚದ ಬಗ್ಗೆ ಸಮಗ್ರ ಚಿತ್ರಣವನ್ನು ಹೊಂದಲು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಖರ್ಚುವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೆ ಖಾಸಗೀ ವಲಯದ ಕೊಡುಗೆಯನ್ನು ಕೂಡ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು" ಎಂಬುದು ಲೇಖಕರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿದೆ. ಆದಾಯ ಖಾತೆಗಳು ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಖಾತೆಗಳು ಎರಡೂ ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಸಮಾನವಾಗಿರುವ ಖಾತೆಗಳು. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಖಾತೆಯು ಯಾವುದರ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರಿಸುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ಒಟ್ಟಾರೆ ಆರ್ಥಿಕತೆಗೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆದಾಯ ಖಾತೆಯ ಕೊಡುಗೆಗಳು ಏನು ಎಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿಯಪಡಿಸುತ್ತದೆ.

ಟಿ.ಕೆ. ಇಂದ್ರಾಣಿಯವರ "ಸೋಷಿಯಾಲಜಿ ಫಾರ್ ನರ್ಸಸ್" ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ ನಗರದಲ್ಲಿನ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರಿಸುತ್ತಾ, "ನಗರೀಕರಣವು ಇಂದು ಹಲವಾರು ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ನಗರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಜನಸಾಂದ್ರತೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದ್ದು, ಜನರು ಉದ್ಯೋಗಾವಕಾಶಗಳಿಗಾಗಿ ಹಳ್ಳಿಗಳಿಂದ ನಗರಗಳಿಗೆ ವಲಸೆ ಬರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ನಗರ ಜೀವನದ ಆಕರ್ಷಣೆಗೆ ಒಳಗಾದಂತಹ ಜನರು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ದೊರಕುವ ಉತ್ತಮ ಜೀವನಮಟ್ಟ, ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು, ಶಿಕ್ಷಣ, ಉತ್ತಮ ಸಾರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಹಾಗೂ ಮನೋರಂಜನೆಗಳಿಗೆ ಮಾರುಹೋಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಜನದಟ್ಟಣೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಈ ಹೆಚ್ಚಿದ ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯು ನಗರಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಸ್ಲಂ ಮತ್ತು ಕೊಳಚೆ ಪ್ರದೇಶಗಳ ನಿರ್ಮಾಣಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಜನಸಾಂದ್ರತೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗಿಂತಲೂ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ತೀವ್ರ ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ವಹಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ, ಸರಕಾರಗಳು ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯೋನ್ಮುಖವಾಗಬೇಕಿದೆ" ಎಂದಿದ್ದಾರೆ.

ಪೀಟರ್ ಚಿನ್ ಇವರು ಹೇಳುವಂತೆ, ಇತ್ತೀಚಿನವರೆಗೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಪ್ರಪಂಚದಿಂದ ಒಂದು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾದ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯಾಗಿತ್ತು. ಆದರೆ ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಮಾನವ

ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಕೂಡ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಕಾರದ ಒಂದು ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಆರ್ಥಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯಡಿ ಆರ್ಥಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಉತ್ತೇಜನ ಹಾಗೂ ಮೂಲಭೂತ ಅಗತ್ಯಗಳ ತೃಪ್ತಿಗಾಗಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಮೀಸಲಿಡಲಾಗಿತ್ತು. ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳು ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ನಿಕಟ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ವಿಷಯಗಳಾಗಿವೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹಕ್ಕಿನ ಚರ್ಚೆಯ ಮೂಲಕ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಸಾಮ್ರಾಜ್ಯಕ್ಕೆ ಪ್ರವೇಶಿಸಿತು. ಈ ವಿಚಾರವನ್ನು ಸೆನೆಗಲಿಸ್ ಎಂಬ ನ್ಯಾಯಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞರು ೧೯೭೨ರಲ್ಲಿ ಎನ್.ಐ.ಈ.ಓ ಮತ್ತು ಹಲವು ರಾಜ್ಯಗಳ ಆರ್ಥಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳು ಮತ್ತು ಕರ್ತವ್ಯಗಳ ಕುರಿತಾದ ಅಮೂಲಾಗ್ರ ಚರ್ಚೆಯನ್ನು ನಡೆಸುವ ಮುಖಾಂತರ ಹೊಸ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ರೂಪಿಸಿದರು.೧೯೭೦ರ ದಶಕದ ಮೊದಲಾರ್ಧದಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಪಾರ, ಹಣಕಾಸು ಹೂಡಿಕೆ ನೆರವು ಮತ್ತು ಮಾಹಿತಿ ಅರಿವಿನ ಜಾಗತಿಕ ಹಾಗೂ ರಾಜಕೀಯ ಆರ್ಥಿಕತೆಯಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆ ಗಳನ್ನು ನಡೆಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ತಮ್ಮ ಒಮ್ಮತದ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದವು ಹಾಗೂ ಅನೇಕ ಚಿಂತನೆಗಳು ವಿಶ್ವದ ಆರ್ಥಿಕತೆಯನ್ನು ಪುನರ್‌ರಚಿಸಿದವು. ಪ್ರಸ್ತುತ ಜಾಗತೀಕರಣದ ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಪ್ರಬುದ್ಧ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಯೋಜನೆ ಹಾಗೂ ಅಳವಡಿಕೆ ಇವುಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ದ್ಯೋತಕವಾಗಿದೆ.[೪೮]

ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳು ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಬಲಪಡಿಸಲು ಪ್ರಪಂಚ ದಾದ್ಯಂತ ಹಲವಾರು ಸರಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿವೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳು ಮತ್ತು ಸುಸ್ಥಿರ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಸಂಬಂಧದ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತವಾಗಿದೆ. ಸಮರ್ಥ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಜಾಪ್ರಭುತ್ವದಲ್ಲಿ ಶಾಂತಿ ಮತ್ತು ನ್ಯಾಯದ ಜೊತೆಗೆ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಪರಿಭಾಷೆಯಾಗಿ ಬೆಳೆಸುವುದರೊಂದಿಗೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನವನ್ನು ನೀಡಬಹುದು.

ಮಹಿಳಾ ಸಬಲೀಕರಣ ಎಂಬ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ಮಹಿಳೆಯನ್ನು ಎಷ್ಟರಮಟ್ಟಿಗೆ ಶೋಷಣೆಯಿಂದ ವಿಮೋಚನೆಗೊಳಿಸಿದೆ ಎಂಬುದು ಚರ್ಚಾತ್ಮಕ ವಿಚಾರ. ಯಾಕೆಂದರೆ ತನ್ನ ದುಡಿಮೆಗೆ ಕೃಷಿ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದಂತಹ ಮಹಿಳೆಯರು ಆಧುನಿಕ ಯುಗದಲ್ಲಿ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಔದ್ಯೋಗಿಕ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ತ್ಯಜಿಸಿ ಜಾಗತೀಕರಣದಲ್ಲಿ ಹೊಸ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಅನ್ವೇಷಿಸುವುದರ ಮೂಲಕ ಆಧುನಿಕತೆಗೆ ಪಾದಾರ್ಪಣೆಗೈದಿದ್ದಾರೆ[೪೯] ಎಂದು ಅಮರ್ ಜಾನ್ ಸೋನಿ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ. ಇಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರು ತನ್ನ ವೃತ್ತಿ ಆಯ್ಕೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವ ರೀತಿಯ ವಿಧಾನವನ್ನು ಹಾಗೂ ನಿರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಇಟ್ಟುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ವಿಷಯ. ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಹೆಚ್ಚು ಗೌರವಯುತವಾದ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚು ಸ್ಥಾನಮಾನ, ಭದ್ರತೆ, ವೇತನವನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಉದ್ಯೋಗವಾಗಿ 'ದಾದಿ'ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಆರಿಸಿರುವುದು ವಿಶೇಷವಾಗಿದೆ. ಲೇಖಕರ ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುವಿಕೆಯಂತೆ, ನರ್ಸಿಂಗ್ ವೃತ್ತಿಯ ನ್ಯೂನ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು

ಗಮನಿಸಿರುವುದಲ್ಲದೆ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಈ ಕ್ಷೇತ್ರವು ಒದಗಿಸುವ ಭದ್ರತೆ ಹಾಗೂ ಸೂಕ್ತ ಸ್ಥಾನಮಾನದ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರು ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಈ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಶುಶ್ರೂಷೆ ಮತ್ತು ದಾದಿಯರ ಬಗೆಗಿನ ಸಾಹಿತ್ಯ ಪರಾಮರ್ಶೆ

ಥೆಲ್ಮಾ ಏಂಜಲ್ಸ್‌ರವರು,ಶುಶ್ರೂಷೆಯು ತನ್ನ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ ಅತಿ ಪ್ರಾಚೀನವಾದ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಈ ಲೇಖನವು ಜಾಗತೀಕರಣದಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಪಾತ್ರದ ಕುರಿತು ವಿಶ್ಲೇಷಣಾತ್ಮಕ ವಿವರಣೆ ನೀಡುತ್ತಾ ಮತ್ತು ಜಾಗತಿಕವಾಗಿ ಶುಶ್ರೂಷಯು ಕೇವಲ ಸೇವೆಗೆ ಮಾತ್ರ ಸೀಮಿತವಾಗಿದೆಯೇ? ಎಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ಚರ್ಚಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.[೫೦]

ಕಳೆದ ಕೆಲವು ದಶಕಗಳಿಂದ ನಾವು ಜಾಗತೀಕರಣದ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಚರ್ಚೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿದ್ದೇವೆ. ಜಾಗತೀಕರಣವು ಕೇವಲ ಸಂವಹನ ಮತ್ತು ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕವಾಗಿ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ತಂದಿಲ್ಲ. ಜಾಗತಿಕರಣವು ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಮತ್ತು ಜಾಗತಿಕವಾಗಿ ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಇದು ಶ್ರೀಮಂತ ವರ್ಗದವರಿಗೆ ಲಾಭದಾಯಕವಾಗಿ ಕಂಡರೆ, ಬಡ ವರ್ಗದವರಿಗೆ ವಿನಾಶಕಾರಿಯಾದಂತಹ ಒಂದು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಾಗಿದೆ. ಆರ್ಥಿಕ ಜಾಗತೀಕರಣವು ನವ ಉದಾರೀಕರಣ ಉದಾಹರಣೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಅವಿನಾಭಾವ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ ಮತ್ತು ಇದು ಖಾಸಗೀಕರಣವನ್ನು ಪ್ರಚೋದಿಸುವ ಮೂಲಕ ಮುಕ್ತ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಗೆ ಅವಕಾಶವನ್ನು ನೀಡಿದೆ. ಈ ನವ ಉದಾರವಾದಿ ಪರಿಸರವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಮಾಜಕಲ್ಯಾಣಕ್ಕೆ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಾತಿನಿಧ್ಯವನ್ನು ನೀಡಿದ್ದು ಖಾಸಗಿ ಮತ್ತು ಬಂಡವಾಳಶಾಹಿ ಉದ್ಯಮಗಳಿಗೆ ಅಧಿಕ ಸವಲತ್ತುಗಳನ್ನು ನೀಡಿದೆ.

ಜಾಗತೀಕರಣದಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷೆಯು ಬದಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಆರ್ಥಿಕ ಶಕ್ತಿಗೆ ಹೇಗೆ ಸೂಕ್ತ? ಮತ್ತು ಜಾಗತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷೆಯು ಯಾವ ಪಾತ್ರವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಬಲ್ಲದು ಎಂಬುದು ಅಗತ್ಯವಾಗಿ ಚರ್ಚಿಸಬೇಕಾದ ವಿಷಯ.

ಅಮೆರಿಕಾ ಸಂಯುಕ್ತ ಸಂಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷೆಯು ಬದಲಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಅಗತ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿ ದೀರ್ಘಾಯುಷ್ಯ, ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಬೊಜ್ಜು, ಹೃದಯ ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಇವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಗಮನವಹಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಅಡ್ಡಿಯಾಗುವಂತಹ ವಿಷಯಗಳು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣೆಗೆ ವಿರುದ್ಧವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರವೃತ್ತಿಗಳ ಬಗ್ಗೆಯೇ ಗಮನಹರಿಸುತ್ತದೆ.[೫೧]

ಉತ್ತರಭಾಗದಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷೆ ಪಠ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ, ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮತ್ತು ಜಾಗತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಗಳನ್ನು ಸಂಯೋಜಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅದಾಗ್ಯೂ ಸಂಯುಕ್ತ ಸಂಸ್ಥಾನಗಳಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷೆಯು ಜಾಗತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಗಳಿಗೆ ಅನುಸಾರವಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕವಾಗಿಯೇ ಖಾಸಗಿ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದಲೇ ಹೆಚ್ಚು ಗಮನವನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಹಾಗಾದರೆ ದಾದಿಯರು/ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ನ್ಯಾಯವಾದಿಗಳಾಗಿ ರಾಜಕೀಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರಾಗಿ

ಈ ಒಂದು ಜಾಗತಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಲ್ಲಿ ತನ್ನ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಹೇಗೆ ನಿರ್ವಹಿಸಬಲ್ಲರು? ಎಂದು ಚರ್ಚಿಸ ಬೇಕಾದ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ[೨೨] ಎಂದು ರುಥ್ ಬಿ. ಹ್ಯಾರಿಸ್ ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಡುತ್ತಾರೆ. ಕ್ಲಿಷ್ಟಕರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಯನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸಲು ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರು/ದಾದಿಯರು ಜಾಗತಿಕರಣ ಮತ್ತು ರಾಜಕೀಯ ಆರ್ಥಿಕತೆಯ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಅರಿಯಲು ಉತ್ತಮ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಹೊಂದಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಜಾಗತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಾಜತಾಂತ್ರಿಕತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಉತ್ತಮ ಜ್ಞಾನ ಕಂಡುಕೊಂಡಿರಬೇಕು.

ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ವಿದೇಶಿ ನೀತಿಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವಾಗ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ನೀತಿ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಎದುರಾಗದಂತೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಮುತುವರ್ಜಿ ವಹಿಸುವಂತೆ ಜಾಗೃತಿಯನ್ನು ಮೂಡಿಸುವುದು ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಧ್ಯೇಯವಾಗಿದೆ. ೨೦೦೯ರಲ್ಲಿ ಯುನೈಟೆಡ್ ನೇಷನ್ ಜನರಲ್ ಅಸೆಂಬ್ಲಿಯು ಮಾಡಿದ ತನ್ನ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯಲ್ಲಿ ಈ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಗಮನವನ್ನು ವಹಿಸಿದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಕೂಡ ಇದಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಒಲವನ್ನು ತೋರಿಸಿದ್ದು ಅನೇಕ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಕೂಡ ಈ ಕುರಿತು ಹೆಚ್ಚು ಆಸಕ್ತಿಯನ್ನು ತೋರಿಸಿವೆ.

ಜಾಗತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಾಜತಾಂತ್ರಿಕತೆಯು ಹೊಸದಾದ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯಾಗಿದ್ದು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಎರಡು ಗುರಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ, ಜಾಗತಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ವೃದ್ದಿಸುವುದು. ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯವಾಗಿ ಹೆಣಗಾಡುತ್ತಿರುವ ಪ್ರದೇಶಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿ ಜಾಗತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ತಾಂತ್ರಿಕತೆಯ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತನ್ನು ನೀಡಿವೆ. ಶುಶ್ರೂಷೆ ಎಂಬ ಜ್ಞಾನ ಶಿಸ್ತು ಜಾಗತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ, ರಾಜತಾಂತ್ರಿಕತೆ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳೊಡನೆ ಅವಿನಾಭಾವ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ. ಹೀಗಾಗಿ ಈ ಜಾಗತಿಕ ಶಕೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ಶುಶ್ರೂಷತೆಯಲ್ಲಿ ಅಧಿಕ ಸವಾಲುಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದು ತಮ್ಮ ಉತ್ತಮ ಪಾತ್ರಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆಗಾಗಿ ಸರಿಯಾದ ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಕೌಶಲ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರಬೇಕು ಹಾಗೂ ದೇಶಗಳು ತಮ್ಮ ವಿದೇಶ ನೀತಿಯಲ್ಲಿಯೂ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಧನಾತ್ಮವಾದ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುವುದು ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಈ ಲೇಖನವು ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಕುರಿತಾದ ಯುರೋಪಿನ ಬಗೆಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ಇತರ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಶೂಶ್ರೂಷೆಯ ಬಗೆಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನೂ ನೀಡುತ್ತದೆ. ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ದಾದಿಯರು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ವರ್ಧನೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುವ ಒಂದು ಸಮೂಹವಾಗಿದೆ. ಇವರು ಸ್ವತಂತ್ರವಾಗಿ ತಮ್ಮ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸಬಲ್ಲರು ಹಾಗೂ ತಮ್ಮ ಪರಿಸರದ ಸುತ್ತ ಇರುವ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯ ಸಹಾಯವನ್ನು ನೀಡುವುದರೊಂದಿಗೆ ವೃತ್ತಿಪರತೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯು ಪ್ರಸ್ತುತ ಎಲ್ಲಾ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿಯೂ ನಮಗೆ ದೊರಕುತ್ತದೆ. ಇವರು ಎಲ್ಲಾ ಅನಾರೋಗ್ಯಕರ ವಾತಾವರಣವನ್ನು, ರೋಗವನ್ನು ಮುಕ್ತಗೊಳಿಸುವ ಒಂದು

ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಕಳೆದ ಶತಮಾನದಿಂದೀಚೆಗೆ ಈ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಕ್ಷೇತ್ರವು ಹಲವಾರು ಸವಾಲುಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದೆ. ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಏರುತ್ತಿರುವ ಜನಸಂಖ್ಯೆ, ಜಾಗತೀಕರಣ ಮುಂತಾದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಮಾನವನನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ರೋಗದಿಂದ ಬಳಲುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತಿದೆ. ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿನ ದಾದಿಯರ ಸವಾಲುಗಳೂ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿವೆ. ಬದಲಾದ ಕಾಲ ಘಟ್ಟವು ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸಿದೆ. ಇವರು ಕ್ಲಿನಿಷಿಯನ್ ಆಗಿ, ತಜ್ಞರಾಗಿ, ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರಾಗಿ, ಸಂಯೋಜಕರಾಗಿ, ಸಲಹೆಗಾರರಾಗಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ತಜ್ಞರಾಗಿ, ಸಂಶೋಧಕರಾಗಿ ಶುಶ್ರೂಷಕರ/ದಾದಿಯರ ಕೆಲಸವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಜಗತ್ತಿನ ದಾದಿಯರು ಅಗತ್ಯವಾದ ವೃತ್ತಿ ಕೌಶಲ್ಯದ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಹೊಂದಿರಬೇಕು. ಸಲಹೆಗಾರರಾಗಿ ಮತ್ತು ಕಾನೂನಾತ್ಮವಾದ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕು. ಅಂತೆಯೇ ವೇಗದ ಆರ್ಥಿಕತೆ ಮತ್ತು ಕ್ಲಿಷ್ಟಕರವಾದ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ, ಇವುಗಳ ಕುರಿತಾದ ಅಗತ್ಯ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದು ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ.

ಶೆರ್ಲಿನ್ ಜಿಮ್ಮಾಸ್ ತಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನ ಪ್ರಬಂಧದಲ್ಲಿ, ಬದಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಕಲ್ಪನೆಗಳಿಂದ ಮತ್ತು ಅನಿವಾರ್ಯತೆಗಳಿಂದ ಶುಶ್ರೂಷೆಯು ಬಾನಂಚಿನವರೆಗೆ ವಿಸ್ತಾರಗೊಂಡಿದೆ. ಹೀಗಾಗಿ ಶುಶ್ರೂಷೆ ಬಗ್ಗೆ ಸರಿಯಾದ ನಿರೂಪಣೆ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮನ್ನು ತಾವು ಗುರುತಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗದಂತಹ ಬಿಕ್ಕಟ್ಟಿನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.[೫೩] ದಾದಿಯರ ಸೇವೆಯನ್ನು ಮತ್ತು ಅವರ ಉದ್ದೇಶವನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಗುರುತಿಸುವ ಕಾರ್ಯವು ಆಗಬೇಕಾಗಿದೆ. ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಬೇಕಾದಂತಹ ಪೂರಕವಾತಾವರಣವನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ. ಶುಶ್ರೂಷ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷೆ ಉದ್ಯೋಗಕ್ಕೆ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳ ಕೊರತೆ ಇದೆ. ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಇದು ಇನ್ನಷ್ಟು ತೀವ್ರಗೊಳ್ಳಬಹುದು. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ವಿಧಾನಗಳ ಸಂಕೀರ್ಣತೆಯ ಹೆಚ್ಚಳ, ವಸತಿ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಹಾಗೂ ಇನ್ನಿತರೆ ಕೆಲವು ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಪುರುಷ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರು ಈ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಉದ್ಯೋಗವನ್ನಾಗಿ ಪಡೆಯಲು ಹಿಂದೆ ಸರಿಯಬಹುದು. ದಾದಿಯರು ಇಂದು ಹೆಚ್ಚಿನ ಅವಧಿಯ ಪರಿಶ್ರಮದ ಕೆಲಸಗಳಿಂದಾಗಿ ಒತ್ತಡಕ್ಕೊಳಪಡುತ್ತಾರೆ. ಹೀಗಾಗಿ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಸೇವೆಯನ್ನು ನಿಯತಗೊಳಿಸಲು ಪ್ರತೀ ವಾರದಲ್ಲಿ ಒಂದು ದಿನದ ಬಿಡುವು ಇರಬೇಕು. ಹೆಚ್ಚಿನ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಯಾವಾಗ ಬಿಡುವು ಎಂಬುದು ತಿಳಿದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ತಿಳಿದಿದ್ದರೆ ಬೇಕಾದ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಅವರು ಮಾಡಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಕೆಲಸವಿಲ್ಲದ ದಿನಗಳ ವೇಳಾಪಟ್ಟಿಯು ಸಾಕಷ್ಟು ಮುಂಚಿತವಾಗಿ ನೀಡುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು ಕೆಲಸವಿಲ್ಲದ ಅವಧಿಯ ವೇಳೆಯನ್ನು ಒಂದು ವಾರದ ಮೊದಲೇ ತಿಳಿಸಬೇಕು ಹಾಗೂ ವಾರ್ಷಿವಾಗಿ ಎರಡು ತಿಂಗಳುಗಳಾದರೂ ರಜೆಯನ್ನು ನೀಡಬೇಕು ಹಾಗೂ ಕೆಲವು ಸಮಂಜಸವಾದ ಕಾನೂನುಗಳಿಗೆ ಅಧೀನರಾಗಿರಬೇಕು. ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಉಳಿದುಕೊಳ್ಳುವ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಗೆ ರಾತ್ರಿಯ ಊಟವನ್ನು ಹೊಂದಲು ಅವಕಾಶವನ್ನು ನೀಡಬೇಕು. ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವೇತನ ಸಹಿತ ರಜೆ ನೀಡುವುದು ಹಾಗೂ ಅವರನ್ನು ಉದ್ಯೋಗದ ಒಂದು ಸಾಮಾನ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯಂತೆ

ಉಪಚರಿಸಬೇಕು.ಅಲ್ಲದೇ ಶಾಶ್ವತ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ಕಂಡುಬಂದಾಗ ಸರಿಯಾದ ಪರಿಹಾರ ನೀಡಬೇಕು ಮತ್ತು ವೇತನದಲ್ಲಿ ಗಣನೀಯವಾದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಾಗಬೇಕು.

ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮಾನವೀಯತೆಯನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ದಾದಿಯರು ನೀಡಬಹುದಾದ ಬೃಹತ್ ಕೊಡುಗೆಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯು ತೆರಬಹುದಾದ ಬೆಲೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸಿ, ರೋಗಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ನಿಲ್ಲಬೇಕಾದ ಅವಧಿಯನ್ನು ಮೊಟಕುಗೊಳಿಸಿ, ಅಗತ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ ಈ ಮೂಲಕವಾಗಿ ದಾದಿಯರು ಮಾನವೀಯತೆಯನ್ನು ಮೆರೆಯುತ್ತಾರೆ.

ಲಿಪಿನ್ ಕೂಟ್ ವಿಲಿಯಮ್ಸ್ ಹಾಗೂ ವಿಲ್‌ಕಿನ್ಸ್‌ರವರು, ಶುಶ್ರೂಷಾ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಲಿಂಗ ಸಂಬಂಧಿತ ವಿಷಯಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ದಾದಿಯರು ಅನುಭವಿಸುವ ಒತ್ತಡದ ಬಗ್ಗೆ ಚರ್ಚಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಶುಶ್ರೂಷಾ ಕ್ಷೇತ್ರಹಾಗೂ ಅದರಲ್ಲಿನ ಕಾರ್ಯದ ಒತ್ತಡ ಮತ್ತು ಲಿಂಗ ವಿಷಯಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ನಡೆಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಶುಶ್ರೂಷಾ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿನ ಕೆಲವು ದಾದಿಯರು ಲೇಖಕರಿಗೆ ವಿವರಿಸಿರುವಂತೆ, ಈ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಗಮನಾರ್ಹವಾದ ನಾಲ್ಕು ಲಕ್ಷಣಗಳಿವೆ. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ದೂರ, ಅವಿಶ್ವಾಸ, ಟೀಕೆ ಮತ್ತು ತಮ್ಮನ್ನು ರಕ್ಷಿಸುವಂತಹ ಸಂಸ್ಕೃತಿಗಳಿಗೆ ಒತ್ತನ್ನು ನೀಡುವುದು. ಇಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ದಾದಿಯರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು, ಶಿಸ್ತು ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಗಮನಹರಿಸಲಾಗಿದೆ.[೨೪]

ಸರಕಾರವು ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕರನ್ನು (ದಾದಿ) ಹೊಸ ಅವಕಾಶ ಮತ್ತು ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಶಕ್ತಗೊಳಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಜಾಗೃತವಾಗಿದೆ. ಹೀಗಾಗಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ದಾದಿಯರಿಗೆ 'ಹೊಸ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ'ಯಲ್ಲಿ ಕೆಲವೊಂದು ವಿನಾಯತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿದೆ. ಇವೆಲ್ಲವು ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿ ಮಹತ್ತರವಾದ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ತರುತ್ತಿದೆ. ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ, ಕೆಲಸದಲ್ಲಿನ ಪರಿಶ್ರಮ, ತೃಪ್ತಿ ಹೊಂದುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ನಡೆಯುವ ಇತ್ತೀಚಿನ ಘರ್ಷಣೆಯನ್ನು ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಏಕೆಂದರೆ, ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಗಮನವನ್ನು ನೀಡಲು ದಾದಿಯರು ಬಯಸುತ್ತಾರೆ. ಈ ಹೆಬ್ಬಯಕೆಗಳು ಉದ್ಯೋಗದ ಮೌಲ್ಯಗಳನ್ನು ಪೋಷಿಸಿ ಬಲಗೊಳಿಸುತ್ತವೆ. ಆದರೆ, ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಅಧಿಕ ಕೆಲಸದ ಒತ್ತಡದಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆ ದಾದಿಯರನ್ನು ನಿಯೋಜಿಸಿ ಅವರನ್ನು ವಿಷಮ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ತರುವಂತಹ ಕೆಲಸಗಳು ಇಂದು ನಡೆಯುತ್ತಿವೆ. ಹೀಗಾಗಿ ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಬಗ್ಗೆ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಪರಿಣಾಮಾತ್ಮಕವಾಗಿ ತಿಳಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಯುತವಾದ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡುವುದು ಬಹಳ ಅವಶ್ಯವಾಗಿದೆ. ಸಂಯುಕ್ತ ಸಂಸ್ಥಾನವು ಶುಶ್ರೂಷೆ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಾರಂಭದಿಂದಲೇ ಉದ್ಯೋಗದ ಆರ್ಥಿಕ ಮಹತ್ವದ ಬಗ್ಗೆ ಗಮನಹರಿಸಿದೆ.

ಟೆಲ್ಮಾ ಏಂಜಲ್ಸ್‌ರವರ ಉತ್ತಮ ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸುವ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ, ಸಮಸ್ಯೆಯು "ಒಳ್ಳೆಯದು" ಎಂಬ ಪದದ ಸಾಪೇಕ್ಷ ಅರ್ಥದಲ್ಲಿ ಒಳ್ಳೆಯದು ಎಂಬುದು ಒಂದು ಉತ್ತಮ ಮೌಲ್ಯದ ತೀರ್ಪನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ದಾದಿಯಿಂದ ಒಳ್ಳೆಯದು ಎಂದು ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ರೋಗಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಎಂದು ಕಾಣುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗಿಯಿಂದ ಒಳ್ಳೆಯದು ಎಂದು ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಒಂದು ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಉತ್ತಮವಾಗಿ ಕಾಣುವುದಿಲ್ಲ.

ನರ್ಸಿಂಗ್ ಎನ್ನುವುದು ಜನರಿಗೆ ಉತ್ತಮವಾಗಿ ಹಾಗೂ ಸರಳವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಂಕೀರ್ಣವಾಗಿರಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುವ ಒಂದು ಕಲೆಯಾಗಿದೆ. ರೋಗಿಗೆ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಕುಂದು ಕೊರತೆಗಳಿಲ್ಲದ ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ತಿಳಿಸುವ ಕಲೆಯೇ ಒಂದು ಉತ್ತಮ ಶುಶ್ರೂಷೆ. ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಸಂದೇಶವು ಹೀಗಿದೆ: ನಾನು ನಿನ್ನನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದೇನೆ. ಏಕೆಂದರೆ ನಾನು ನಿನಗೆ ಉತ್ತಮವಾಗಲು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯವಾಗಲು ಸಹಾಯಮಾಡಬಯಸುತ್ತೇನೆ. ನೀವು ಆರೋಗ್ಯವಾಗಿರುವುದು ನನಗೆ ಬಹಳ ಮುಖ್ಯವಾಗಿದೆ. ನೀವು ನನ್ನೊಂದಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಆತಂಕಗಳಿಲ್ಲದೆ ಇರಬಹುದಾಗಿದೆ. ನೀವು ಭಯಭೀತರಾಗಿದ್ದರೆ ನೀವು ಭಯಭೀತ ಆಗಿದ್ದೀರೆಂದು ಹೇಳಿ ಮತ್ತು ನಾನು ಅದನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿ ಕೊಳ್ಳುವೆನು. ನೀವು ಕೋಪಗೊಂಡಿದ್ದರೆ, ನೀವು ನೋವಿನಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದರೆ ನಾನು ನಿಮ್ಮನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮನ್ನು ಹೇಗೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂದು ನನಗೆ ತಿಳಿದಿದೆ. ನೀವು ನನ್ನೊಂದಿಗೆ ಸುರಕ್ಷಿತರಾಗಿರುತ್ತೀರಿ. ಇದು ನರ್ಸಿಂಗ್ ಶಾಲೆಗಳಿಗೆ ಪ್ರವೇಶಿಸುವ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳು ಈ ಸಂದೇಶವನ್ನು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತಲುಪಿಸಲು ಬಯಸುತ್ತಾರೆ ಎಂಬುದು ಲೇಖಕರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿದೆ.[೫೫]

ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಭಯದ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವಾತಾವರಣವೇ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಇನ್ನಷ್ಟು ಖಿನ್ನತೆಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುವ ಒಂದು ಅಂಶ. ನೋವು, ಯಾತನೆ, ಭಯ, ಆತಂಕ ಮತ್ತು ದುರಂತಗಳು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ದಿನದ ಒಂದು ಭಾಗವಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ದಾದಿಯರ ಒಂದು ನಿಷ್ಕಲ್ಮಷ ನಗು ಹಾಗೂ ವಿಶ್ವಾಸಭರಿತ ಮಾತುಗಳು ರೋಗಿಗೆ ಜೀವನದಲ್ಲಿ ಪುನಃ ಚೈತನ್ಯವನ್ನು ತಂದುಕೊಡುವುದರಲ್ಲಿ ಸಂಶಯವಿಲ್ಲ.

ಮೇಬಲ್ ಎಸ್. ವೆಲ್ಶ್‌ರವರ ಪ್ರಕಾರ, ಹಲವಾರು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷೆಗೆ ಒಂದು ಉತ್ತಮ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನ ಬೇಕು ಎಂಬುದು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದೊಳಗಿನ ಒಂದು ಸೂಚನೆಯಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಇದು ಅಷ್ಟೊಂದು ಸುಲಭ ಸಾಧ್ಯವಾದ ವಿಚಾರವಲ್ಲ. ಹೀಗಾಗಿ ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ನಾವು ಒಂದು ಸಂಭವನೀಯ ವೃತ್ತಿಯಾಗಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ.[೫೬] ಹಿಂದೆ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೊಳಗಾದ ಬಡವರನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಜಿಲ್ಲಾ ದಾದಿಯರ ಕಾಳಜಿಯಾಗಿತ್ತು. ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೊಳಗಾದ ಬಡವರಿಗೆ ಖಾಸಗಿ ದಾದಿಯರ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಯ ಕಾರಣ ಜಿಲ್ಲಾ ದಾದಿಯರನ್ನು ಲೋಕೋಪಕಾರಿ ಮನಸ್ಸನ್ನು ಹೊಂದಿದಂತಹ ಜನರು ಹಾಗೂ ಸೇವಾ ಮನೋಭಾವವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಬೆಂಬಲಿಸುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಕಾಣಬಹುದು ಎಂದು ಲೇಖಕರು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಡುತ್ತಾರೆ. ಜಿಲ್ಲಾ ದಾದಿಯರ ಬೆಂಬಲಕ್ಕೆ ಹಣವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ಹಲವಾರು ಸಮಿತಿಗಳನ್ನು ರಚಿಸಲಾಯಿತು. ಆ ಮುಖೇನ ಜಿಲ್ಲಾ ದಾದಿಯರಿಂದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸಮುದಾಯದ ಬಡಜನರ ಶುಶ್ರೂಷೆಗಾಗಿ ಜಿಲ್ಲಾ ದಾದಿಯರ ಸೇವೆಯು ಲಭ್ಯವಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಜನರಿಗೆ ತಿಳಿಸಲಾಯಿತು. ಸೀಮಿತ ಹಣದಿಂದ ಸಾಧ್ಯವಾದಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚು

ಜನರಿಗೆ ದಾದಿಯರ ಸೇವೆಯನ್ನು ಸಂಯೋಜಿಸುವ ಮೂಲಕ ಜಿಲ್ಲಾ ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ಆಯೋಜಿಸಲಾಗಿತ್ತು.

ಒಬ್ಬ ದಾದಿಯು ತನ್ನ ಸಂಪೂರ್ಣ ಸಮಯವನ್ನು ಯಾವುದೋ ಒಂದು ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಕಳೆಯುವುದಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ಅನಾರೋಗ್ಯ ಪೀಡಿತರ ಅತ್ಯಂತ ಅಗತ್ಯವಾದ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಅಲ್ಲದೆ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಪೀಡಿತರಿಗೆ ನಿರಂತರ ಆರೈಕೆಯ ಅಗತ್ಯವಿರುವುದರಿಂದ ರೋಗಿಯನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಹಾಗೂ ರೋಗಿಗಳ ಕುಟುಂಬದೊಡನೆ ಸಾಮರಸ್ಯದಿಂದಿರುವುದು ದಾದಿಯರ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಾಗಿದೆ ಎಂಬುದು ಲೇಖಕರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿದೆ.

ರುಥ್ ಬಿ. ಹ್ಯಾರಿಸ್ ಇವರು ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರದ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರಿಸುತ್ತಾ, ನರ್ಸಿಂಗ್ ಎಂದರೇನು? ದಾದಿಯ ಅನನ್ಯಪಾತ್ರವೇನು? ಇನ್ನೂ ಉತ್ತರಿಸಲಾಗದ ಈ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯಲು ನಾವು ಹೆಣಗಾಡುತ್ತಿದ್ದೇವೆ. ಒಬ್ಬ ನರ್ಸ್‌ಗೆ ಮಾದರಿಯಾಗಿರುವುದು ಇನ್ನೊಬ್ಬ ನರ್ಸ್ ನಡೆದುಬಂದ ದಾರಿ. ಅಂದರೆ ಮಾದರಿಯಾಗಿ ರೋಗಿಗಳ ಸೇವೆ ಮಾಡಿದ ಒಬ್ಬ ದಾದಿಯು ಇನ್ನುಳಿದ ಹಲವಾರು ದಾದಿಯರಿಗೆ ಮಾದರಿಯಾಗಬಲ್ಲಳು.[೫೭]

ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ವಿತರಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಗಳ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚು ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರುತ್ತದೆ. ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಜ್ಞಾನದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಸ್ವತಂತ್ರವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಅಗತ್ಯವು ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿರುವ ವಿಚಾರವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಈ ರೀತಿಯ ಸ್ವತಂತ್ರ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಅಭ್ಯಾಸವು ರೋಗಿಗಳ ಆರೈಕೆಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ವಿಧಾನವನ್ನು ರೂಪಿಸಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿದೆ.

ಶುಶ್ರೂಷೆ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ನುರಿತ ಹಾಗೂ ಉತ್ತಮ ಜ್ಞಾನದ ಬಳಕೆಯು ಬಹಳ ಅಗತ್ಯ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ಇದು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ನೀಡಲು ಸಹಾಯಕಾರಿಯಾಗಿದೆ.

ಶುಶ್ರೂಷೆಯು ಒಂದು ವಿಭಿನ್ನ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿದೆ. ಈ ಜಾಗತೀಕರಣದ ಹೊಸ್ತಿಲಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷೆ ವೃತ್ತಿಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸುವುದು ಬಲು ಕಷ್ಟದ ಕೆಲಸವಾಗಿದೆ. ಹಲವು ಬಾರಿ ಹಲವರಿಂದ ಈ ಶುಶ್ರೂಷೆ ವೃತ್ತಿಯು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲ್ಪಟ್ಟರೂ ಆ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನವನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವುದು ಕಷ್ಟಕರವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಬದಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಈ ಕಾಲಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ನರ್ಸ್‌ಗಳ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯು ಬದಲಾಗುತ್ತಿದೆ ಎಂಬುವುದು ಲೇಖಕರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿದೆ.

ಕೆನ್ನೆಥ್ ಡಿ. ಬೆನ್ನೆರವರು ದಾದಿಯರ ವೃತ್ತಿ ಸಂಘರ್ಷದ ಕುರಿತಂತೆ ಮಾತನಾಡುತ್ತಾ, ವೃತ್ತಿಪರ ದಾದಿಯ ಪಾತ್ರದ ಬಗ್ಗೆ ನಾವು ಸಮಾಲೋಚನೆಯನ್ನು ನಡೆಸಿದಾಗ ದಾದಿಯರ ಸಂಘರ್ಷವು ಕೆಲವೊಂದು ಬಾರಿ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಶಿಖರವನ್ನು ತಲುಪುತ್ತವೆ. ದಾದಿಯರ ಸಂಘರ್ಷದ ವಿಷಯವನ್ನು ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಮೂರು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ನೈಜ

ಚಿತ್ರಣ ಹಾಗೂ ತನ್ನ ಕರ್ತವ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕಾದ ಕಾರ್ಯಗಳ ನಡುವಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸದಿಂದ ಉಂಟಾದ ನಿರಾಶೆಯಿಂದ ಏರ್ಪಡುವ ಸಂದಿಗ್ಧತೆಯಾಗಿದೆ. ಎರಡನೆಯದಾಗಿ, ದಾದಿ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯರ ಸಂಬಂಧದ ನಡುವೆ ಏರ್ಪಡುವ ಸಂದಿಗ್ಧತೆ ಇಲ್ಲಿ ತನ್ನ ಮನಸ್ಸಿನ ಬಯಕೆ ಹಾಗೂ ರೋಗಿಗಳ ಹಾಸಿಗೆಯ ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ನಿಂತು ಆರೈಕೆಯನ್ನು ನೀಡುವ ಅವಳ ಮಾನಸಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಈ ಎರಡು ತಾಕಲಾಟಗಳ ನಡುವೆ ಅವಳು ಅನುಭವಿಸುವ ಸಂದಿಗ್ಧತೆಯು ಅವರ ವೃತ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರುತ್ತವೆ. ನರ್ಸ್ ಅಥವಾ ದಾದಿಯು ವಾಸ್ತವವಾಗಿ ೫ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಒಂದು ಶುಶ್ರೂಷಾ ಕಾರ್ಯ ವಿಧಾನ, ಎರಡನೆಯದು ಸರಬರಾಜುಗಳನ್ನು ಆದೇಶಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಪುನರಾವರ್ತನೆಗಳನ್ನು ಇಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ನಿರ್ವಾಹಕರಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವುದು, ಮೂರನೆಯದಾಗಿ ಸಂಘಟಕರಾಗಿರುವುದು, ನಾಲ್ಕನೆಯದು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಶಿಕ್ಷಕಿ ಹಾಗೂ ತರಬೇತುದಾರಳಾಗಿರುವುದು ಮತ್ತು ಕೊನೆಯದಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಅಥವಾ ಇತರ ಸಹೋದ್ಯೋಗಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಅನೌಪಚಾರಿಕವಾಗಿ ತನ್ನನ್ನು ತೊಡಗಿಸುವುದು[೫೮] ಎಂಬುವುದು ಲೇಖಕರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿದೆ.

ಬೆಂಜಮಿನ್ ಮಾಸುನ್ ಮೀರ್‌ರವರ ಪ್ರಕಾರ, ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ನೀತಿಗಳು ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನವನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯವು ಉನ್ನತ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಹೇಗೆ ಬಲಪಡಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಒಂದು ಉತ್ತಮವಾದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ನೀತಿಗಳ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನದ ಮೂಲಕ ಹೇಗೆ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರಬಹುದು ಎಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ಚರ್ಚಿಸುತ್ತದೆ. ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಗಳಿಗೆ ದಶಕಗಳ ಬೆಂಬಲವಿದ್ದರೂ ಸಹ ಬಡತನದ ನಿರಂತರತೆಯ ಸಮಸ್ಯೆಯು ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಾಂತ ಶತಕೋಟಿ ಜನರಿಗೆ ಅಸ್ಥಿರತೆಯನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಿವೆ ಎಂದರೆ ತಪ್ಪಾಗಲಾರದು. ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಆರೋಗ್ಯದ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಗೆ ಹಾಗೂ ತಮ್ಮ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಕೇವಲ ಅಗತ್ಯ ಹಾಗೂ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿಕೊಡುವಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಸೀಮಿತವಾಗಿವೆ. ಇದು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಸಂಪ್ರದಾಯದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಅದೆಷ್ಟೋ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ, ಬುದ್ದಿಜೀವಿಗಳಿಗೆ ಒಂದು ಕೊರತೆಯಾಗಿ ಕಾಣಿಸುತ್ತಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಈ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಮೇಲೆ ನವ ಉದಾರವಾದಿ ಆರ್ಥಿಕ ನೀತಿಗಳು ವಿನಾಶಕಾರಿಯಾಗಿ ಹೇರಲ್ಪಡುವುದರಿಂದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಬದುಕು ಬರಡಾಗುತ್ತಿದೆ.ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸುವ ಅಥವಾ ಬೆಸೆಯುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೇ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಸಾಮೂಹಿಕ ಹಕ್ಕು, ಆರೋಗ್ಯದ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಹಕ್ಕನ್ನು ಮೀರಿಸುವಂತೆ ಬೆಳೆಸಿ, ಸಾರ್ವಜನಿಕರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅರಿತುಕೊಳ್ಳುವ ಸಾಧನವಾಗಿ ಸಾಮೂಹಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ.

"ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ-ಗದಗ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ" ಸಂಶೋಧನಾ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಡಾ. ವೆಂಕಟೇಶ್ ಎಸ್. ಪೂಜಾರ್ ಅವರು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಕಾರ್ಯ

ಕ್ರಮಗಳು ಸುಧಾರಣಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿದ್ದರೂ, ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಯಶಸ್ಸನ್ನು ಕಾಣುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರ ಅನಕ್ಷರತೆ, ಮೂಢನಂಬಿಕೆ, ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಇವೆಲ್ಲವುಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಉಪಯೋಗವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅಡ್ಡಿಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತಿವೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ದುಸ್ಥಿತಿಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ಪರಾವಲಂಬನೆ ಮತ್ತು ಬಡತನಗಳು ಕೂಡಾ ಕಾರಣವಾಗಿದ್ದು ಜನರು ಈ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದ ಹೊರಬರಬೇಕಾದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜನರಿಗೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಮನವರಿಕೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಇದಕ್ಕೆ ಒಂದು ಸಮಗ್ರ ಮಾಹಿತಿ ಶಿಕ್ಷಣದ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದು ಆರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿಯೂ ಸುಧಾರಣೆಯಾದರೆ ಹೆಚ್ಚು ಪರಿಣಾಮ ಕಾರಿಯಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಗುರಿಯನ್ನು ತಲುಪಲು ಸಾಧ್ಯ. ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ವಿಚಾರದ ಬಗ್ಗೆ ಮನವರಿಕೆ ಮಾಡಿಸುವುದು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆರ ಪ್ರಮುಖ ಕರ್ತವ್ಯವಾಗಿದ್ದು, ಈ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರಿಗೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ತಿಳುವಳಿಕೆಯಾಗಲಿ, ತರಬೇತಿಯಾಗಲೀ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಸರಕಾರದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಉಪಯೋಗ ಮತ್ತು ಲಭ್ಯತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ವಾರ್ಥಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದಾರೆ[೬೦] ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಜನ ಸಾಮಾನ್ಯರು, ಸಂಘಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಈ ರೀತಿಯ ಕುಂದುಕೊರತೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಧ್ವನಿ ಎತ್ತದಿರುವುದು, ಹೋರಾಟ ಮಾಡದಿರುವುದರ ಬಗ್ಗೆಯು ತಮ್ಮ ಸಂಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಮೇಲಿನ ವಿಚಾರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸಂಶೋದಕರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನ ಆರೋಗ್ಯ ಬಗೆಗಿನ ಅರಿವಿನ ಬಗ್ಗೆ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಶಿಕ್ಷಣದ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ನಿಗದಿತ ಅವಧಿಯಲಿ ಸರಿಯಾದ ತರಬೇತಿ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯದ ಕಾಳಜಿಯ ಬಗೆಗಿನ ಸಮರ್ಪಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವುದು ಹಲವಾರು ಅಧ್ಯಯನಗಳಿಂದ ಕಂಡುಬಂದ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿನ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನಗಳು ಬದಲಾದಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ ಯರಿಗೂ ಕಾಲ-ಕಾಲಕ್ಕೆ ಅವಶ್ಯವಿರುವ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದರ ಮುಖೇನ ಅವರನ್ನು ಪರಿಣಿತರನ್ನಾಗಿ ಮಾರ್ಪಾಡು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ.ತರಬೇತಿ ಪಡೆಯದೇ ಇದ್ದಂತಹ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರಿಗೆ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಮುಂಭಡ್ತಿ ಹಾಗೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸಲಾಗುವುದು ಎಂಬುವುದು ಅಧ್ಯಯನಗಳಿಂದ ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ.

ಮಂಗಳೂರಿನ ಲೇಡಿಗೋಶನ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಶ್ರೀಮತಿ ಫಿಲೋಮಿನಾ ಅವರು ತಮ್ಮ ಎಂ.ಫಿಲ್ ಪದವಿಗಾಗಿ ಮಂಡಿಸಿದ ಪ್ರಬಂಧದಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ಹಾಗೂ ಸರಕಾರಿ ಅಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ದಾದಿಯರ ಒತ್ತಡದ ಕುರಿತಂತೆ ಹೀಗೆ ವಿವರಿಸುತ್ತಾರೆ. “ಸರಕಾರಿ ಹಾಗೂ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುವ ದಾದಿಯರು ಸಮಾನ ರೀತಿಯ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ದ.ಕ.ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಿಕೊಂಡು ಮಾಡಿದ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ದಾದಿಯರನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸಿ, ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಲೆಹಾಕಿದ್ದು, ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿನ

ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಕೆಲಸದ ಭದ್ರತೆಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿದರೆ ಉಳಿದೆಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲೂ ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿನ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಸಮಾನವಾಗಿ ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಒತ್ತಡಗಳು ರೋಗಿಗಳಿಂದ, ಮೇಲಾಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದ, ರೋಗಿಗಳ ಕುಟುಂಬಸ್ಥರಿಂದ, ಜನಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಂದ, ದಲ್ಲಾಳಿಗಳಿಂದ, ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಪರಿಸರದಿಂದ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ"[೬೧] ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಪಡುತ್ತಾರೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ದಾದಿಯರ ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕ ಅಧ್ಯಯನ ಕುರಿತಂತೆ ಡಾ. ಮುರಳೀಧರ್ ರಾವ್ ಮಂಗಳೂರು ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಸಂಶೋಧನಾ ಪ್ರಬಂಧದಲ್ಲಿ ಹೀಗೆಂದು ವಿವರಿಸುತ್ತಾರೆ. "ಖಾಸಗೀ ಹಾಗೂ ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ಮಾಡುವ ಹೆಚ್ಚಿನ ದಾದಿಯರು ಈ ಉದ್ಯೋಗವನ್ನು ತಮ್ಮ ಆರ್ಥಿಕ, ಸ್ವಾವಲಂಭನೆಗೋಸ್ಕರ ಆರಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಹಲವಾರು ನರ್ಸಿಂಗ್ ಕಾಲೇಜುಗಳು ಪ್ರತೀವರ್ಷ ಹಲವಾರು ನರ್ಸಿಂಗ್ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿನಿಯರನ್ನು ಉತ್ಪತ್ತಿಮಾಡುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದರೂ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ಉದ್ಯೋಗವು ಮರೀಚಿಕೆಯಾಗಿದೆ. ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಕಡಿಮೆ ಸಂಬಳಕ್ಕೆ ಇವರನ್ನು ನಿಯೋಜಿಸಿಕೊಂಡು ಇವರನ್ನು ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ ದುಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತಿದೆ"[೬೨] ಎಂಬುದಾಗಿ ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಡುತ್ತಾರೆ.

ಅಲ್ಲದೇ ಹೊರ ರಾಜ್ಯಗಳಿಂದ ಬಂದಂತಹ ಅದರಲ್ಲೂ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಕೇರಳ ರಾಜ್ಯದಿಂದ ಬಂದಂತಹ ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದ ದಾದಿಯರು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಹೆಚ್ಚಿನ ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವುದನ್ನು ನಾವು ಕಾಣಬಹುದು. ಇದು ಸ್ಥಳೀಯ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಪದವೀಧರರ ನಿರುದ್ಯೋಗ ಸಮಸ್ಯೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಈ ಕಾರಣದಿಂದ ಸ್ಥಳೀಯ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಪದವೀಧರರು ಉದ್ಯೋಗವನ್ನು ಹರಸಿಕೊಂಡು ಹೊರದೇಶಗಳಿಗೆ ವಲಸೆ ಹೋಗುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಬಹುದು.

ಡಾ. ಜನಾರ್ದನ ಅವರು "ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ" ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವ ಮುಖಾಂತರ ಕರ್ನಾಟಕದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ವಿವರಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ತನ್ನ ಸಂಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಂತಹ ಫಲಿತಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರಿಸುತ್ತಾ "ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ನೀತಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರ ಹಾಗೂ ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರಗಳಿಂದ ಸಾಕಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ರೂಪಿತವಾದರೂ ಸಹ ಅವುಗಳು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ನಿರ್ವಹಣೆಗೊಳ್ಳದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕುರಿತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಜನರಿಗೆ ಅರಿವನ್ನು ಮೂಡಿಸುವ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಯು ಇದೆ. ಇಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಮತ್ತು ಪಾಲುದಾರರಲ್ಲಿ ಭಿನ್ನಾಭಿಪ್ರಾಯಗಳು ಕಂಡುಬಂದಿದ್ದು ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಇದೆ ಎಂಬುವುದು ಪಾಲುದಾರರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿದ್ದು ಇದಕ್ಕೆ ವಿರುದ್ಧವಾದ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಜನರಿಂದ ಕೇಳಿಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಪುರುಷ ವೈದ್ಯರು ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವುದರಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರು ವೈದ್ಯರೊಂದಿಗೆ

ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಸಮಾಲೋಚನೆ ಮಾಡದಿರುವುದು ಕೂಡಾ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಹಿಂದುಳಿಯಲು ಕಾರಣ"[೬೩] ಎಂಬುವುದು ಸಂಶೋಧಕರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿದೆ. ಈ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಪರಿಹಾರವಾಗಿ ಸಂಶೋಧಕರು ಕೆಲವೊಂದು ಸಲಹೆ–ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಾ ಸರಿಯಾದ ನೀತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ನೇಮಕ, ಔಷಧಿಗಳ ಸರಬರಾಜು, ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಪರೀಕ್ಷಾ ಉಪಕರಣಗಳ ಪೂರೈಕೆ ಆಗಬೇಕು ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಡಾ. ಹೆಚ್.ಡಿ. ಪ್ರಶಾಂತ್ ಅವರು 'ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆ' ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಕುರಿತಾದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ವಿವರಿಸುತ್ತಾ, ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಹಂತವು ಮಾನವನನ್ನು ಹಸಿವು ಮತ್ತು ಶೋಷಣೆಯಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಗೊಳಿಸುವ ಆಶಾಭಾವನೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿತ್ತು. ಆದರೆ ಇಂದು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯು ಬಹುದೊಡ್ಡ ಜ್ಞಾನಶಿಸ್ತಾಗಿ ಬೆಳೆದು ಬಹುಜನರಿಗೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಬಗೆಗಿನ ಋಣಾತ್ಮಕ ನಿಲುವಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಲೇಖಕರ ಪ್ರಕಾರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಇಂದು ಒಂದು ಅರ್ಥಹೀನ ವಿಚಾರವಾಗಿದ್ದು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಅರ್ಥಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡ ರಾಜಕೀಯ ಪ್ರೇರಿತ ವಿದ್ಯಮಾನವಾಗಿದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಇಂದು ಮಹಿಳೆಯರ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗೆ ತೊಡಕಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ.

ಮಹಿಳೆಯ ದುಡಿಮೆಯನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಸರಕಾರ ಆಕೆಯ ಒಟ್ಟಾರೆ ಬದುಕನ್ನು ಶೋಷಿಸುತ್ತಿದೆ. ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ಆಧಾರಿತ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆಗಳು ಇಂದು ಮಹಿಳೆಯರ ಸಬಲೀಕರಣ ಎಂಬ ಧ್ಯೇಯ ವಾಕ್ಯವನ್ನಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಮಹಿಳೆಯರ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಕಸಿದುಕೊಂಡಿರುವುದೇ ಅಲ್ಲದೆ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಹೊಸ ಸವಾಲುಗಳನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸುತ್ತಿದೆ. ಸರಕಾರದಿಂದಲೂ ಮಹಿಳೆಯರ ಪರ ಯಾವುದೇ ರಚನಾತ್ಮಕ ಹಾಗೂ ರಕ್ಷಣಾತ್ಮಕ ಬೆಂಬಲ ಇಲ್ಲದಂತಾಗಿರುವುದು ಕೂಡಾ ವಿಷಾದನೀಯವೇ ಸರಿ[೬೪] ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ.

ಆರ್. ಶ್ರೀವತ್ಸಂರವರ "ಹಿಸ್ಟರಿ ಆಫ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಥಾಟ್ಸ್" ಪುಸ್ತಕದ "ಅಮರ್ತ್ಯ ಸೇನ್ ಆ್ಯಂಡ್ ದ ಕಾನ್‌ಸೆಪ್ಟ್ ಆಫ್ ಕೆಪೆಬಿಲಿಟಿ" ಪ್ರಬಂಧ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ಅಮರ್ತ್ಯ ಸೇನ್‌ರವರ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಹಾಗೂ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಕುರಿತಾದ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ವಿವರಣೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಕಲ್ಯಾಣಶಾಸ್ತ್ರದಲ್ಲಿ ತುಷ್ಟಿ ಗುಣವು ಒಂದು ಮೂಲಭೂತವಾದ ತತ್ವವಾಗಿದ್ದು ಹೆಚ್ಚು ಉತ್ತಮವಾದುದನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಪಡೆಯುವುದೇ ಮಾನವನ ಜೀವನದ ಮೊದಲನೇಯ ಆದ್ಯತೆಯಾಗಿದೆ. ಅಮರ್ತ್ಯ ಸೇನ್‌ರವರ ಕಲ್ಪನೆಯು ಕಲ್ಯಾಣ ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರದ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯೊಂದಿಗೆ ತಾತ್ವಿಕ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು.

ಅತೀ ಹೆಚ್ಚಿನದ್ದನ್ನು ಪಡೆಯುವುದು ಹಾಗೂ ಅದು ಉತ್ತಮವಾಗಿರಬೇಕು ಎನ್ನುವ ಅಂಶವು ಮಾನವನ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ, ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಹಾಗೂ ಅವನಿಗಿರುವ ಅವಕಾಶಗಳ ಕುರಿತು ಚರ್ಚಿಸುತ್ತದೆ. ಮಾನವನ ಉತ್ತಮ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಹಾಗೂ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವು ಅವಕಾಶಗಳ ಸದ್ಬಳಕೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ

ಪ್ರೇರೇಪಣೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಮರ್ತ್ಯ ಸೇನ್‌ರವರ ಈ ವಾದವು ಯು.ಎನ್.ಡಿ.ಪಿ.ಯ ಪ್ರಥಮ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಮೆಹಬೂಬ್ ಉಲ್ ಹಕ್‌ರವರ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕುರಿತಾದಂತಹ ವಿಸ್ತೃತ ಚರ್ಚೆಗೆ ಅವಕಾಶವನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟಿದೆ ಎಂದು ಆರ್. ಶ್ರೀವತ್ಸಂ ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಡುತ್ತಾರೆ.

ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ವಿಸ್ತಾರತೆಯನ್ನು ಪಡೆದಂತೆಯೇ ತನ್ನ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸುತ್ತಾ ಬಂದಿರುವುದು ನೋವಿನ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ. ಭಾರತದಂತಹ ಸಂಪ್ರದಾಯ ಬದ್ಧ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಬದುಕಿನ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಜೀವನ ಕಟ್ಟಿಕೊಂಡಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರು ಈ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಎಂಬ ಕಣ್ಣು ಕೊರೈಸುವ ಬೆಳಕಿಗೆ ತಮ್ಮ ದೃಷ್ಟಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಕಷ್ಟಪಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಈ ಲೇಖನವು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸುವ ಹಾಗೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಬೆಳೆಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು ಎಂಬುದನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಡತನದ ಪುರಾವೆಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ಬಡತನ ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯದ ನಡುವಿನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹಾಗೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸುತ್ತದೆ.

ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹಕ್ಕಿನೊಳಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕಿನ ಸೈದ್ಧಾಂತಿಕ ಏಕೀಕರಣವನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದು ಅತ್ಯಗತ್ಯ. ಬಡತನ ಮತ್ತು ಅಸಮಾನತೆಯು ಇಡೀ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಋಣಾತ್ಮಕವಾದ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರುತ್ತದೆ. ಬಡತನ ಮತ್ತು ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ನೀತಿಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಸುಧಾರಣೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದು ಲೇಖಕರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ.

ಕೈಗಾರಿಕಾ ಕ್ರಾಂತಿಯ ಆರಂಭಿಕ ದಿನಗಳಿಂದ ಹಲವಾರು ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಸುಸ್ಥಿರ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ಮೂಲಭೂತ ಕಾರ್ಯ ವಿಧಾನವಾಗಿ ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಸೂಚಿಸಿವೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಕೇವಲ ಜಿ.ಡಿ.ಪಿ ಅಥವಾ ವರಮಾನದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನೋಡುವ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವು ಬದಲಾಗಿದೆ. ಇಂದು ಇದು ಕೇವಲ ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಿಂದ ಸೃಷ್ಠಿಯ ಕಡೆಗೆ ಯೋಚಿಸುವ ಬದಲಾವಣೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ.

ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಮರು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ಕೆ ತೊಡಗಿಸಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ರಾಷ್ಟ್ರದ ಆರ್ಥಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಯೊಂದಿಗೆ ಸೂಕ್ತವಾದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸುಧಾರಣೆಗಳ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯದ ನಿರ್ಣಾಯಕಗಳಾದ ಶುದ್ಧ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು, ನೈರ್ಮಲ್ಯ, ವಿದ್ಯುತ್ ಮತ್ತು ಆಹಾರ ಭದ್ರತೆ ಇವುಗಳ ಉತ್ತಮ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಜನರಿಗೆ ಒದಗಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ ಎಂಬುವುದು ಲೇಖಕರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿದೆ.

ಪರಾಮರ್ಶನ ಗ್ರಂಥಗಳು

೧. ಡಾ. ಟಿ.ಆರ್. ಚಂದ್ರಶೇಖರ್, "ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಮಾನವ ಬಡತನ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳು", ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೧೪. ಪುಟ ೧೫.

೨. ಡಾ. ಕೆ.ಸಿ. ಚೆನ್ನಮ್ಮ, "ಮಹಿಳೆಯ ದುಡಿಮೆ–ಏಕರೂಪತೆಯ ಪ್ರಶ್ನೆ", ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೧೦. ಪುಟ ೦೮.

೩. ಡಾ. ಎಂ.ಚಂದ್ರ ಪೂಜಾರಿ, "ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳು", ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೧೭. ಪುಟ ೨೨

೪. ಶಶಿಪ್ರಭಾ ಶರ್ಮಾ, "ಗಾಂಧೀಯನ್ ಹೊಲಿಸ್ಟಿಕ್ ಎಕನಾಮಿಕ್ಸ್", ನ್ಯೂಡೆಲ್ಲಿ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್, ೧೯೯೨. ಪುಟ ೧೨೦–೧೨೨.

೫. ಸರ್ಜ್ ಲೆಟಬ್, "ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಆಫ್ ಲಿವಿಂಗ್", ಓರಿಯಂಟ್ ಲಾಂಗ್‌ಮ್ಯಾನ್, ೨೦೦೪. ಪುಟ ೩೪೫–೩೪೯.

೬. ಡಾ. ಎಂ. ಚಂದ್ರ ಪೂಜಾರಿ, "ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳು", ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೧೭. ಪುಟ ೧೧೭.

೭. ಅದೇ. ಪುಟ ೧೧೮.

೮. ಟೆಕ್ ಗೈನ್ ಪಾರ್ಕ್, "ರೋಸ್ಟೋ ಆ್ಯಂಡ್ ಎಕನಾಮಿಕ್ ಡಿಸ್‌ಕೋರ್ಸ್ ಇನ್ ಸೌತ್ ಕೊರಿಯಾ ಇನ್ ೧೯೬೦", ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಷನಲ್ ಏರಿಯಾ ಸ್ಟಡಿ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೮, ೨೦೦೧. ಪುಟ ೫೪೨.

೯. ದೇವೇಂದ್ರ ಪಿ. ಗುಪ್ತಾ ಆ್ಯಂಡ್ ಅನಿಲ್ ಗುಂಬರ್, "ಡೀಸೆಂಟ್ರಲೈಝೇಷನ್ – ಇನಿಷಿಯೇಟಿವ್ ಇನ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸೆಕ್ಟರ್", ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೩೪, ೧೯೯೯. ಪುಟ ೩೮೦.

೧೦. ರಾಜೀವ್ ಅಹುಜಾ ಆ್ಯಂಡ್ ಅಲ್ಕಾ ನವರಂಗ್, "ಎಮರ್ಜಿಂಗ್ ಟ್ರೆಂಡ್ಸ್ ಇನ್ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಫಾರ್ ಲೋ ಇನ್‌ಕಮ್ ಗ್ರೂಪ್ಸ್", ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೩೮, ೨೦೦೫. ಪುಟ ೧೭–೨೩.

೧೧. ಅದೇ. ಪುಟ ೨೫.

೧೨. ಅದೇ. ಪುಟ ೪೦.

೧೩. ಬೆಂಜಮಿನ್ ಮಾಸುನ್ ಮೀರ್, "ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಆ್ಯಸ್ ಹೆಲ್ತ್; ಎಂಪ್ಲಾಯಿಂಗ್ ದ

ಕಲೆಕ್ಟಿವ್ ರೈಟ್ಸ್ ಟು ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಟು ಎಚೀವ್ ದ ಗೋಲ್ಸ್ ಆಫ್ ದ ಇನ್‌ಡಿವಿಜ್ಯೂವಲ್ ರೈಟ್ಸ್ ಟು ಹೆಲ್ತ್", ಜಾನ್ಸ್ ಹ್ಯಾಪ್ಕಿನ್ಸ್ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್, ೨೦೦೮. ಪುಟ ೨೯೫.

೧೪. ಅದೇ. ಪುಟ ೨೬೦.

೧೫. ರೀತುಪ್ರಿಯಾ ಅಲ್ಫಾನ ಸಾಗರ್, ರಾಜೀವ್‌ದಾಸ್ ಗುಪ್ತಾ ಆ್ಯಂಡ್ ಸಂಘಮಿತ್ರ ಆಚಾರ್ಯ, "ಸಮ್ ಇಶ್ಯೂಸ್ ಆನ್ ಹೆಲ್ತ್ – ಮೇಕಿಂಗ್ ಇಂಡಿಯಾ ವರ್ಲ್ಡ್ ಕ್ಲಾಸ್" ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೩೯, ೨೦೦೪. ಪುಟ ೨೮.

೧೬. ವಿಲಿಯಂ, ಯು.ಎಸ್.ಮಿಶ್ರಾ ಆ್ಯಂಡ್ ನವನೀತಮ್, "ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಇನ್‌ಈಕ್ವಾಲಿಟಿ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ–ಎವಿಡೆನ್ಸ್ ಫ್ರಂ ಎನ್.ಎಫ್.ಎಚ್.ಎಸ್", ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೪೩. ಪುಟ ೪೧–೪೩.

೧೭. ಡಾ. ಬಿ.ಶೇಷಾದ್ರಿ, "ಅಂಡರ್‌ಸ್ಟ್ಯಾಂಡಿಂಗ್ ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಆ್ಯಂಡ್ ರೀಜನಲ್ ಡಿಸ್ಪ್ಯಾರಿಟೀಸ್", ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೧೦. ಪು.೩೨–೪೪.

೧೮. ಅದೇ. ಪುಟ ೪೮–೫೨.

೧೯. ಕೆ. ಶ್ರೀನಿವಾಸನ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಚಂದ್ರಶೇಖರ್, "ರಿವ್ಯೂಯಿಂಗ್ ರೀಪ್ರೊಡಕ್ಟಿವ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಚೈಲ್ಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಪ್ರೋಗ್ರಾಮ್ಸ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ", ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೪೨. ಪುಟ ೨೯೩೧–೨೯೩೫.

೨೦. ಡಾ. ಟಿ.ಆರ್. ಚಂದ್ರಶೇಖರ್, "ಅಸ್ಪೃಶ್ಯತೆ, ಆರ್ಥಿಕತೆ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ – ಅಧ್ಯಯನ ಪ್ರಬಂಧ", ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ಪತ್ರಿಕೆ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೦೭. ಪುಟ ೬–೧೦.

೨೧. ಡಾ. ಟಿ.ಎಚ್. ಮೂರ್ತಿ, "ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ – ಕರ್ನಾಟಕದ ಒಂದು ತೌಲನಿಕ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ" (ಅಧ್ಯಯನ ಪ್ರಬಂಧ), ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಭಾಗ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೦೭. ಪುಟ ೫೧–೫೩.

೨೨. ಮುಜಾಫರ್ ಅಸ್ಸಾದಿ, "ಜಾಗತೀಕರಣ ಮತ್ತು ನಾಗರಿಕ ಸಮಾಜ – ಭಾರತದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸವಾಲುಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆ" (ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಬಂಧ), ೨೦೦೧. ಪುಟ ೯೪–೯೬.

೨೩. ಡಾ. ಟಿ.ಆರ್. ಚಂದ್ರಶೇಖರ್, "ದುಡಿಯುವ ಮಹಿಳೆಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ವರೂಪ", ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ಪತ್ರಿಕೆ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೦೯. ಪು.೪೨–೫೦.

೨೪. ಯು.ಎನ್.ಡಿ.ಪಿ. ರಿಪೋರ್ಟ್ ೧೯೯೦. ಪುಟ ೧೪.

೨೫. ಅದೇ. ಪುಟ ೧೫.

೨೬. ಜೀನ್ ಡ್ರೀಝ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್, "ಇಂಡಿಯಾ–ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪಾರ್ಟಿಸಿಪೇಷನ್", ಆಕ್ಸ್‌ಫರ್ಡ್ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್, ನ್ಯೂಡೆಲ್ಲಿ, ೨೦೦೨. ಪುಟ ೨೪೦–೨೬೦.

೨೭. ಡಾ. ಉದಯ್‌ಕುಮಾರ್ ಇರ್ವತ್ತೂರು, "ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಸ್ಥಾಗಿತ್ಯದ ನಡುವೆ ಕರ್ನಾಟಕದ ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳ ಒಂದು ಅವಲೋಕನ", ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ಪತ್ರಿಕೆ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೦೭. ಪುಟ ೯೭–೧೦೫.

೨೮. ಅದೇ. ಪುಟ ೧೦೬–೧೧೦.

೨೯. ಅದೇ. ಪುಟ ೧೧೧–೧೧೯.

೩೦. ಮೀರಾ ಕಾಮ್‌ದಾರ್, "ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ ದ ೨೧ಸ್ಟ್ ಸೆಂಚುರಿ", ಆಕ್ಸ್‌ಫರ್ಡ್ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್, ೨೦೧೮. ಪುಟ ೧–೧೧೦.

೩೧. ಅದೇ. ಪುಟ ೧೧೧–೧೧೩.

೩೨. ಅದೇ. ಪುಟ ೧೧೪–೧೧೮.

೩೩. ಬೆಂಜಮಿನ್ ಮಾಸುನ್ ಮೀರ್, "ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಆ್ಯಸ್ ಹೆಲ್ತ್: ಎಂಪ್ಲಾಯಿಂಗ್ ದ ಕಲೆಕ್ಟಿವ್ ರೈಟ್ಸ್ ಟು ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಟು ಎಚೀವ್ ದ ಗೋಲ್ಸ್ ಆಫ್ ದ ಇನ್‌ಡಿವಿಜ್ಯುವಲ್ ರೈಟ್ ಟು ಹೆಲ್ತ್", ಜಾನ್ಸ್ ಹಾಪ್‌ಕಿನ್ಸ್ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್, ೨೦೦೮. ಪುಟ ೨೬೦–೩೦೫.

೩೪. ಅದೇ. ಪುಟ ೩೦೬–೩೫೫.

೩೫. ದಾಸ್ ಗ್ಯಾಸ್ಪರ್, "ದ ಹ್ಯೂಮನ್ ಆ್ಯಂಡ್ ದ ಸೋಷಿಯಲ್: ಎ ಕಂಪ್ಯಾರಿಸನ್ ಆಫ್ ದ ಡಿಸ್‌ಕೋರ್ಸಸ್ ಆಫ್ ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್, ಹ್ಯೂಮನ್ ಸೆಕ್ಯೂರಿಟಿ ಆ್ಯಂಡ್ ಸೋಷಿಯಲ್ ಇಕ್ವಾಲಿಟಿ", ದ ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಷನಲ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೋಷಿಯಲ್ ಕ್ವಾಲಿಟಿ, ೨೦೧೧. ಪುಟ ೯೧–೧೦೮.

೩೬. ಜುನ್‌ಗಿನ್ ಕಿಮ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಮೇರಿ ಎಲ್ಲೆನ್ ವಿಗ್ಗಿನ್ಸ್, "ಫ್ರೆಂಡ್ಲಿ ಹ್ಯೂಮನ್ ರಿಸೋರ್ಸ್ ಪಾಲಿಸಿ: ಇಸ್ ಇಟ್ ಸ್ಟಿಲ್ ವರ್ಕಿಂಗ್ ಇನ್ ದ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಸೆಕ್ಟರ್", ವಿಲ್ಲಿ ಆನ್ ಬಿಹಾಫ್ ಆಫ್ ದ ಅಮೆರಿಕನ್ ಸೊಸೈಟಿ ಫಾರ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಆ್ಯಡ್ಮಿನಿಸ್ಟ್ರೇಷನ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೭೧, ೨೦೧೧. ಪುಟ ೭೨೮–೭೩೯.

೩೭. ಆರ್. ಹೇಮಾ ಆ್ಯಂಡ್ ವಿ.ಆರ್. ಮುರಳೀಧರನ್, "ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಹ್ಯೂಮನ್ ರಿಸೋರ್ಸ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್", ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೨೮, ೧೯೯೩. ಪುಟ ೨೩೨೮–೨೩೩೦.

೩೮. ನೀಲ್ ಹಾಲ್‌ಫನ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಮೈಲ್ಸ್ ಹಾಚ್‌ಸ್ಟೈನ್, "ಲೈಫ್ ಕೋರ್ಸ್ ಹೆಲ್ತ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್: ಆ್ಯನ್ ಇಂಟೆಗ್ರೇಟೆಡ್ ಫ್ರೇಮ್ ವರ್ಕ್ ಫಾರ್ ಡೆವಲಪಿಂಗ್ ಹೆಲ್ತ್ ಪಾಲಿಸಿ ಆ್ಯಂಡ್ ರಿಸರ್ಚ್", ವಿಲ್ಲಿ ಆನ್ ಬಿಹಾಫ್ ಆಫ್ ಮಿಲ್‌ಬ್ಯಾಂಕ್ ಮೆಮೋರಿಯಲ್ ಫಂಡ್, ೨೦೦೨. ಪುಟ ೪೩೩–೪೫೮.

೩೯. ಅದೇ. ಪುಟ ೪೫೯–೪೬೯.

೪೦. ರವಿ ದುಗ್ಗಲ್, "ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್ ಬಜೆಟ್ಸ್ ಇನ್ ಎ ಚೇಂಜಿಂಗ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ಎಕನಾಮಿ", ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೩೨, ೧೯೯೭. ಪುಟ ೧೧೯೭–೧೨೦೦.

೪೧. ಅಜಯ್ ಮಹಲ್, "ಪಾಲಿಸಿ ಇಂಪ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್ ಆಫ್ ದ ಡಿಸ್ಟ್ರಿಬ್ಯೂಷನ್ ಆಫ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಸಬ್ಸಿಡಿಸ್ ಆನ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಎಜ್ಯುಕೇಷನ್: ದ ಕೇಸ್ ಆಫ್ ಕರ್ನಾಟಕ, ಇಂಡಿಯಾ", ದ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಆಫ್ ಷಿಕಾಗೋ ಪ್ರೆಸ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೪೯, ೨೦೦೫. ಪುಟ ೫೫೨–೫೮೪.

೪೨. ಅದೇ. ಪುಟ ೫೮೬.

೪೩. ಪೆಟ್ರಿಸಿಯಾ ಎಚ್. ಮಿಲ್ಲರ್, "ಕಂಟೆಂಪರರಿ ಪರ್‌ಸ್ಪೆಕ್ಟಿವ್ಸ್ ಫ್ರಂ ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್: ಇಂಪ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್ ಫಾರ್ ಫೆಮಿನಿಸ್ಟ್ ಸ್ಕಾಲರ್‌ಶಿಪ್", ದ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಆಫ್ ಷಿಕಾಗೋ ಪ್ರೆಸ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೩೧, ೨೦೦೬. ಪುಟ ೪೪೫–೪೬೯.

೪೪. ಕ್ಯಾಸ್ಪರ್ ವಾರ್ಮ್ ಹ್ಯಾನ್ಸೆನ್, "ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್: ಎ ನಿಯೋ–ಕ್ಲಾಸಿಕಲ್ ಪರ್‌ಸ್ಪೆಕ್ಟಿವ್", ದ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಆಫ್ ಷಿಕಾಗೋ ಪ್ರೆಸ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೮, ೨೦೧೩. ಪುಟ ೨೮೪–೨೯೫.

೪೫. ಎಂ.ಆರ್. ನಾರಾಯಣ, "ಎಜ್ಯುಕೇಷನ್, ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್: ಮೆಷರ್‌ಮೆಂಟ್, ಇಷ್ಯೂಸ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಇಂಪ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್ ಫಾರ್ ಇಂಡಿಯಾ", ಸ್ಪ್ರಿಂಗರ್ ಸಯನ್ಸ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಬ್ಯುಸಿನೆಸ್ ಮೀಡಿಯಾ ಆನ್‌ಲೈನ್ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್, ೨೦೦೮.

೪೬. ಡಿ. ರಾಜಶೇಖರ್, ಎರ್ಲೆಂಡ್ ಬರ್ಗ್, ಮೈತ್ರೇಶ್ ಘಟಕ್, ಆರ್. ಮಂಜುಳಾ ಆ್ಯಂಡ್ ಸಂಚಾರಿ ರಾಯ್, "ಇಂಪ್ಲಿಮೆಂಟಿಂಗ್ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸ್ಯೂರೆನ್ಸ್: ದ ರೋಲ್ ಔಟ್ ಆಫ್

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಭೀಮಾ ಯೋಜನಾ ಇನ್ ಕರ್ನಾಟಕ", ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೪೬, ೨೦೧೧. ಪುಟ ೫೬-೬೩.

೪೭. ವಿ.ಬಿ. ಅಣ್ಣಿಗೇರಿ, ಡಿಸ್ಟ್ರಿಕ್ಟ್ ಹೆಲ್ತ್ ಎಕೌಂಟ್ಸ್: ಎನ್ ಎಂಪಿರಿಕಲ್ ಇನ್‌ವೆಸ್ಟಿಗೇಷನ್", ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ೨೦೦೩. ಪುಟ ೧೯೮೯-೧೯೯೩.

೪೮. ಪೀಟರ್ ಚಿನ್, "ಹ್ಯೂಮನ್ ರೈಟ್ಸ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್", ಕುಮಾರಿಯನ್ ಪ್ರೆಸ್ ಐ.ಎಂ.ಸಿ., ಫರ್ಸ್ಟ್ ಸೌತ್-ಏಷಿಯನ್ ಎಡಿಶನ್, ೨೦೦೫. ಪುಟ ೧-೫೨.

೪೯. ಅಮರ್ ಜಾನ್ಸೊನಿ, "ನರ್ಸಸ್ ಆ್ಯಸ್ ವುಮೆನ್", ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ಮಾರ್ಚ್ ೧೯೯೧. ಪುಟ ೨೮೩-೨೯೨.

೫೦. ಥೆಲ್ಮಾ ಏಂಜಲ್ಸ್, "ವಾಟ್ ಈಸ್ ಗುಡ್ ನರ್ಸಿಂಗ್?", ಅಮೆರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೫೯, ೧೯೫೯. ಪುಟ ೧೨೪೬-೧೨೪೯.

೫೧. ಅದೇ. ಪುಟ ೧೨೫೬.

೫೨. ರುಥ್ ಬಿ. ಹ್ಯಾರಿಸ್, "ಎ ಸ್ಟ್ರಾಂಗ್ ವೋಟ್ ಫಾರ್ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಪ್ರೋಸೆಸ್", ಅಮೆರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೭೯, ೧೯೭೯. ಪುಟ ೪೩೦-೪೩೫.

೫೩. ಶೆರ್ಲಿನ್ ಝಿಮ್ಮೇರ್ಝ್, "ಆ್ಯಮ್ ಐ ಆ್ಯಕ್ಟಿವ್ ಇನ್ ನರ್ಸಿಂಗ್?", ಅಮೆರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೮೨, ನಂ.೩, ೧೯೮೨. ಪುಟ ೪೪೨-೪೪೭.

೫೪. ಲಿಪ್ಪಿನ್‌ಕಾಟ್ ವಿಲಿಯಮ್ಸ್ ಆ್ಯಂಡ್ ವಿಲ್ಕಿನ್ಸ್, "ನರ್ಸಿಂಗ್ ಇನ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸೆಕ್ಟರ್", ಅಮೆರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೧, ೧೯೫೨. ಪುಟ ೪೫-೪೭.

೫೫. ಥೆಲ್ಮಾ ಏಂಜಲ್ಸ್, "ವಾಟ್ ಈಸ್ ಗುಡ್ ನರ್ಸಿಂಗ್?", ಅಮೆರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೫೯, ೧೯೫೯. ಪುಟ ೧೨೫೦-೧೨೫೫.

೫೬. ಮೆಬುಲ್ ಎಸ್. ವೆಲ್‌ಶೇ, "ವಾಟ್ ಈಸ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ನರ್ಸಿಂಗ್", ದ ಅಮೆರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೩೬, ೨೦೦೫. ಪುಟ ೧೯೩೬-೧೯೩೭.

೫೭. ರುಥ್ ಬಿ. ಹ್ಯಾರಿಸ್, "ಎ ಸ್ಟ್ರಾಂಗ್ ವೋಟ್ ಫಾರ್ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಪ್ರೋಸೆಸ್", ಅಮೆರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೭೯, ೧೯೭೯. ಪುಟ ೪೫೦-೪೫೪.

೫೮. ಕೆನ್ನೆಥ್ ಡಿ. ಬೆನ್ನೆ ಆ್ಯಂಡ್ ವಾರೆನ್ ಬೆನ್ನೆಸ್, "ರೋಲ್ ಆಫ್ ಕನ್‌ಫ್ಯೂಷನ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಕನ್‌ಫ್ಲಿಕ್ಟ್ ಇನ್ ನರ್ಸಿಂಗ್: ವಾಟ್ ಇಸ್ ರಿಯಲ್ ನರ್ಸಿಂಗ್?", ಅಮೆರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೫೯, ೧೯೫೯. ಪುಟ ೩೮೦-೩೮೧.

೫೯. ಬೆಂಜಮಿನ್ ಮಾಸುನ್ ಮೀರ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಆ್ಯಶ್ಲೆ ಎಂ. ಫಾಕ್ಸ್, “ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಆ್ಯಸ್ ಹೆಲ್ತ್”, ದ ಜಾನ್ಸ್ ಹಾಪಿನ್ಸ್ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೩೦, ೨೦೦೮. ಪುಟ ೨೫೯–೩೫೫.

೬೦. ಡಾ. ವೆಂಕಟೇಶ್ ಎಸ್. ಪೂಜಾರಿ, “ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ: ಗದಗ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ”, ಪಿ.ಎಚ್.ಡಿ. ಸಂಶೋಧನಾ ಕೃತಿ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

೬೧. ಶ್ರೀಮತಿ ಫಿಲೋಮಿನಾ, “ಜಾಬ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಬಿಟ್ವೀನ್ ಪ್ರೈವೇಟ್ ನರ್ಸ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಗವರ್ನ್‌ಮೆಂಟ್ ನರ್ಸ್: ಎ ಕೇಸ್ ಸ್ಟಡಿ ಆಫ್ ಡಿ.ಕೆ. ಡಿಸ್ಟ್ರಿಕ್ಟ್”, ಥೀಸಿಸ್ ಸಬ್‌ಮಿಟ್ಟೆಡ್ ಫಾರ್ ಎಂ.ಫಿಲ್ ಡಿಗ್ರಿ, ಅಣ್ಣಾಮಲೈ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ, ೨೦೦೭.

೬೨. ಡಾ. ಮುರಳೀಧರ್ ರಾವ್, “ದ ಸೋಷಿಯೋ–ಎಕನಾಮಿಕ್ ಸ್ಟಡೀಸ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಸ್ ಇನ್ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ”, ಸಂಶೋಧನಾ ಕೃತಿ, ಮಂಗಳೂರು ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ೨೦೦೬.

೬೩. ಡಾ. ಜನಾರ್ಧನ, “ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ”, ಜೀವನ್ ಪ್ರಕಾಶನ, ಹೊಸಪೇಟೆ, ೨೦೧೯.

೬೪. ಡಾ. ಎಚ್.ಡಿ. ಪ್ರಶಾಂತ್, “ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಮಾಹಿತಿ”, ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ಪತ್ರಿಕೆ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೧೬. ಪುಟ ೭೧–೮೪.

ಅಧ್ಯಾಯ ಮೂರು

ಅಧ್ಯಯನದ ಕ್ಷೇತ್ರ ಪರಿಚಯ

ಭಾಗ–೧. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತ ಪರಿಚಯ

ಭಾಗ–೨. ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೊಳಪಡಿಸಿದ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ವಿವರಗಳು

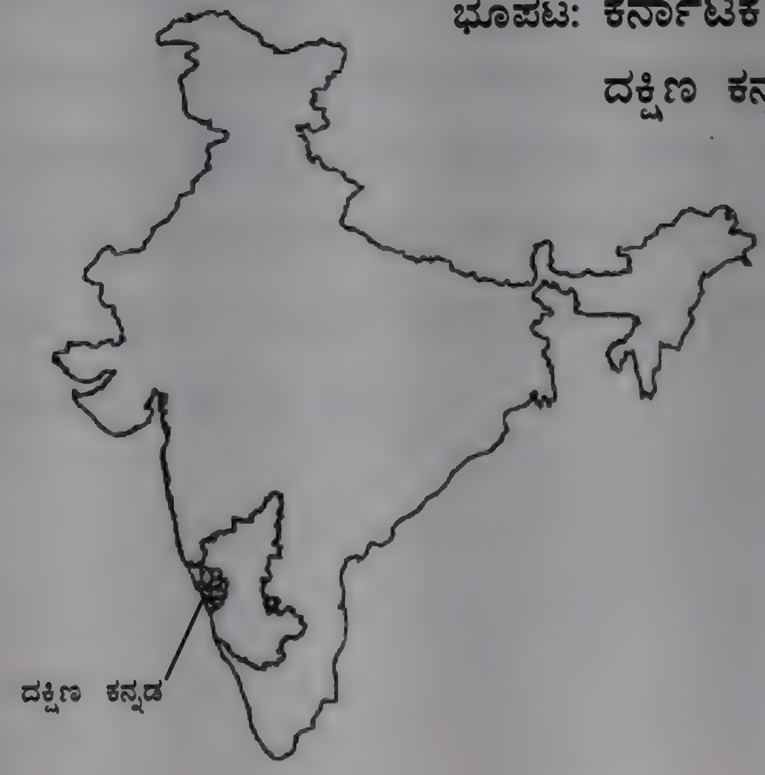
ಅಧ್ಯಾಯ ಮೂರು

ಅಧ್ಯಯನದ ಕ್ಷೇತ್ರ ಪರಿಚಯ

ಪ್ರಪಂಚವು ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಸಂಯೋಜನೆಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ. ಇದು ಹೆಚ್ಚಿನ ವ್ಯಾಪಾರ ಮುಕ್ತತೆಯೊಂದಿಗೆ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗಿದ್ದು ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ಜಾಗತಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ಏಕೀಕರಣವು ಪರಸ್ಪರ ಅವಲಂಬನೆಯೊಂದಿಗೆ ಸಾಗುತ್ತಿರುವುದು ನಿಜಕ್ಕೂ ರೋಚಕ ವಿಷಯ. ತಾಂತ್ರಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳು ವೇಗವಾಗಿ ನಡೆಯುತ್ತಿದ್ದು, ಜನರ ಕಲಿಕಾ ವಿಧಾನ ಮತ್ತು ಸಂವಹನ ವಿಧಾನದ ತೀವ್ರತೆಯೂ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿದೆ. ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದುವುದು ಮಾನವನ ಹಕ್ಕು ಹಾಗೂ ಇದು ಸಾರ್ವಜನಿಕವಾಗಿ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಅನ್ವಯಿಸತಕ್ಕಂತಹ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ಆಧಾರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವ ಇತ್ತೀಚಿನ ಪ್ರಯತ್ನವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಒಂದು ಸರಕು ಎಂಬಂತೆ ಪರಿಗಣಿಸಿದೆ.[೧]

ಸಂಯುಕ್ತ ರಾಷ್ಟ್ರದ ನೀತಿಗಳು ಕೂಡಾ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸಮಾನ ಅವಕಾಶ, ಸಮಗ್ರ ಹಾಗೂ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಶ್ರಮಿಸುತ್ತಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಪುರುಷರಿಗಿಂತ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ನೀಡುವ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಯಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ಕಾಲು ಭಾಗದಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾತ್ರ ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಮುತುವರ್ಜಿಯನ್ನು ವಹಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.[೨]

ಭೂಪಟ: ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ
ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆ



ಭಾರತವು ಪ್ರಪಂಚದಲ್ಲಿ ಭೌಗೋಳಿಕವಾಗಿ ೭ನೇ ಅತೀ ದೊಡ್ಡ ರಾಷ್ಟ್ರವಾಗಿದ್ದು, ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ೨ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಇದು ಒಟ್ಟು ೩೨,೮೭,೨೬೩ ಚದರ ಕಿ.ಮೀ ವಿಸ್ತೀರ್ಣ ಹೊಂದಿದ್ದು, ಉತ್ತರದಲ್ಲಿ ಹಿಮಾಲಯ, ದಕ್ಷಿಣದಲ್ಲಿ ಹಿಂದೂ ಮಹಾಸಾಗರ, ಪೂರ್ವದಲ್ಲಿ ಅರಬ್ಬೀ ಸಮುದ್ರ ಮತ್ತು ಪಶ್ಚಿಮದಲ್ಲಿ ಬಂಗಾಳಕೊಲ್ಲಿ ಸಾಗರಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ.

ಭಾರತದ ಪ್ರಸ್ತುತ ಜಿ.ಡಿ.ಪಿ.ಯು ೬.೭%ರಷ್ಟಿದೆ. ೨೦೧೧ರ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಭಾರತದ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ೧,೨೧,೦೮,೫೪,೯೭೭ ಇದ್ದು, ಇದರಲ್ಲಿ ೬೨,೩೭,೨೪,೨೪೮ ಪುರುಷರಾದರೆ, ೫೮,೬೪,೯೯,೧೭೪ ಮಹಿಳೆಯರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ದೇಶದ ಒಟ್ಟು ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣವು ಪ್ರಸ್ತುತ ೭೪.೦೪% ರಷ್ಟಿದೆ. ಭಾರತದ ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯು ಪ್ರತೀ ಚದರ ಕಿ.ಮೀಗೆ ೩೮೨ ಜನರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಭಾರತವು ೨೯ ರಾಜ್ಯಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ೭ ಕೇಂದ್ರಾಡಳಿತ ಪ್ರದೇಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಕರ್ನಾಟಕವು ಅದರ ಒಂದು ರಾಜ್ಯವಾಗಿದೆ. (೨೦೧೧ರ ಜನಗಣತಿಯ ಅಂಕಿ ಅಂಶ) ಇತರೆ ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಕರ್ನಾಟಕವು ದೇಶದಲ್ಲೇ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಜಿ.ಡಿ.ಪಿ.ಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ರಾಜ್ಯವಾಗಿದೆ (೨೦೧೦–೧೧ನೇ ಹಣಕಾಸು ವರ್ಷ–೮.೨%). ಕರ್ನಾಟಕದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು (೨೦೧೧ರ ಜನಗಣತಿ) ಪ್ರಸ್ತುತ ೬,೧೦,೯೫,೨೯೭ ಇದ್ದು ಇದರಲ್ಲಿ ೩,೭೪,೬೯,೩೩೫ ಜನರು ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ೨,೩೬,೨೫,೯೬೨ ಜನರು ನಗರಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಾಕ್ಷರತಾ ಮಟ್ಟವು ೭೫.೬೦%ರಷ್ಟಿದ್ದು, ತಲಾ ವರಮಾನವು ರೂ.೩೬,೯೫೪ರಷ್ಟಿದೆ (೨೦೧೧ರ ಜನಗಣತಿಯ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ಆಧಾರ). ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯವು ಭಾರತದಲ್ಲಿಯೇ ಪ್ರಥಮ ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿದ ಹೆಗ್ಗಳಿಕೆಗೆ ಪಾತ್ರವಾಗಿದೆ(೨೦೦೪). ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ಪ್ರಮುಖ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಯೋಜನೆಗಳಾದ ಯಶಸ್ವಿನಿ(೨೦೦೨) ಮತ್ತು ವಾಜಪೇಯಿ ಆರೋಗ್ಯ ಶ್ರೀ(೨೦೧೦) ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದ್ದು, ಅತೀ ಕಡಿಮೆ ಶಿಶುಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು (೧೦೦೦ ಜನನಕ್ಕೆ ೨೪ ಮಂದಿ) ಹೊಂದಿದ ರಾಜ್ಯವಾಗಿದೆ.[೩] ಜನನ ಸಮಯಕ್ಕೆ ನೀಡಿದ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಿತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಕಳೆದ ೧೦ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಗಣನೀಯವಾದ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಕಂಡಿವೆ. ಇದು ೨೦೦೫ರಲ್ಲಿ ೬೫%, ಇದ್ದು ೨೦೧೭ರಲ್ಲಿ ೯೪%ಕ್ಕೆ ಏರಿಕೆಯಾಗಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವು ಹೆಚ್ಚಿದ್ದು ಲಕ್ಷಕ್ಕೆ ೧೩೩ರಷ್ಟಿದೆ. ದಕ್ಷಿಣದ ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಕರ್ನಾಟಕವು ಅತೀ ಕಡಿಮೆ (ರೂ. ೭೯೧) ತಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಖರ್ಚನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ

ಸಮೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಟ್ಟ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆ

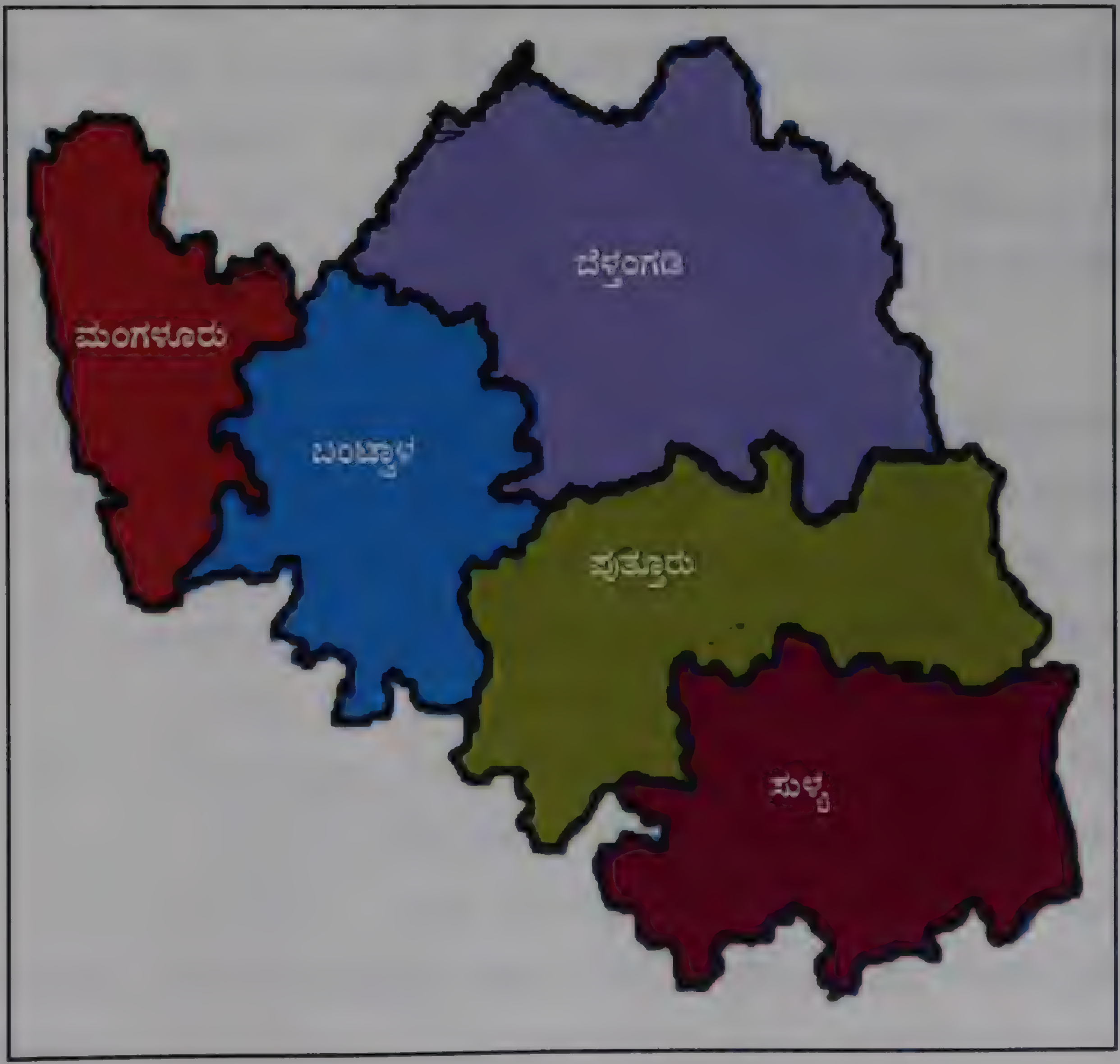


ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರವಾದ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯು ೪,೮೬೬ ಚ.ಕಿ.ಮೀ ವಿಸ್ತೀರ್ಣವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಪ್ರಾಕೃತಿಕವಾಗಿ ಕರಾವಳಿ ಪ್ರದೇಶ, ಒಳನಾಡು ಪ್ರದೇಶ, ಘಟ್ಟ ಪ್ರದೇಶ ಎಂದು ೩ ವಿಭಾಗಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು. ದ.ಕ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಕರ್ನಾಟಕದ ಕಡಲ ಕಿನಾರೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಪೈಕಿ ಒಂದಾಗಿದ್ದು, ಸುಮಾರು ೬೦ ಕಿ.ಮೀ ಉದ್ದಕ್ಕೆ ಅರಬ್ಬಿ ಸಮುದ್ರ ತೀರವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ.

ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕವಾಗಿ ೨ ಉಪವಿಭಾಗ, ೫ ತಾಲೂಕು ಹಾಗೂ ೧೭ ಹೋಬಳಿಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ೨೦೧೧ರ ಜನಗಣತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ೩೫೪ ಜನವಸತಿ ಗ್ರಾಮಗಳು, ೧ ಮಹಾನಗರ ಪಾಲಿಕೆ, ೪ ಪುರಸಭೆಗಳು, ೫ ನಗರಸಭೆಗಳು, ೫ ಪಟ್ಟಣ ಪಂಚಾಯತ್‌ಗಳಿವೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯ ಪೂರ್ವ ದಿಕ್ಕಿನಲ್ಲಿ ಹಾಸನ ಮತ್ತು ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು ಜಿಲ್ಲೆ, ದಕ್ಷಿಣದಲ್ಲಿ ಕೊಡಗು ಜಿಲ್ಲೆ ಹಾಗೂ ಕೇರಳ ರಾಜ್ಯದ ಕಾಸರಗೋಡು ಜಿಲ್ಲೆ, ಉತ್ತರದಲ್ಲಿ ಉಡುಪಿ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿವೆ. ಪಶ್ಚಿಮದಲ್ಲಿ ಅರಬ್ಬಿ ಸಮುದ್ರ ಇದೆ.[೪] ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಪರುಶುರಾಮನ ಸೃಷ್ಟಿಯ ನಾಡು ಎಂದೇ ಪ್ರಖ್ಯಾತವಾಗಿದ್ದು, ತನ್ನದೇ ಆದಂತಹ ಇತಿಹಾಸವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ೧೫೬೦ರಲ್ಲಿ ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯು ವಿಜಯನಗರ ಅರಸರ ಆಳ್ವಿಕೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿತ್ತು. ಆ ನಂತರ ೧೭೬೩ರಲ್ಲಿ ಹೈದರಾಲಿಯು ಮೈಸೂರು ರಾಜ್ಯಕ್ಕೆ ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಸೇರಿಸಿದನು. ಬಳಿಕ ಆತನ ಮಗನಾದ ಟಿಪ್ಪು ಸುಲ್ತಾನನು ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಆಳುತ್ತಿದ್ದು ೧೭೯೯ರ ಮೈಸೂರು ಕದನದ ಬಳಿಕ ಇದು ಬ್ರಿಟಿಷ್ ಸಾಮ್ರಾಜ್ಯದ ಒಂದು ಅಂಗವಾಯಿತು. **(ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳು ನೋಟ ೨೦೧೬-೧೭)**

ನಕ್ಷೆ: ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆ

ಸಮೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಟ್ಟ ತಾಲೂಕುಗಳು





ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಸುಮಾರು ೨೦೦ ವರ್ಷಗಳ ಚರಿತ್ರೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ೧೪೭ ವರ್ಷಗಳ ವಸಾಹತು ಪ್ರಭುತ್ವದ ಹಾಗೂ ಅದಕ್ಕೆ ವಿರುದ್ಧವಾದ ಹೋರಾಟಗಳ ಚರಿತ್ರೆ ಸೇರಿದೆ. ಕೊನೆಯ ೫೩ ವರ್ಷಗಳ ಇತಿಹಾಸ ಅಂದರೆ ಸ್ವತಂತ್ರ್ಯ ಭಾರತದೊಳಗಿನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಾಗಿದ ಇತಿಹಾಸವಾಗಿದೆ. ೧೯ನೇ ಶತಮಾನದ ಆರಂಭದಿಂದ ದೇಶದ ಅನೇಕ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಹಾಗೆಯೇ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಸಹ ವಸಾಹತು ಆಡಳಿತದ ಶೋಷಣೆ, ದಬ್ಬಾಳಿಕೆ, ಅನ್ಯಾಯ ಮತ್ತು ನಿರಂಕುಶತ್ವದ ವಿರುದ್ಧ ಮಣ್ಣಿನ ಮಕ್ಕಳ ಹೋರಾಟಗಳು ಆರಂಭವಾದವು.

ದೇಶದಾದ್ಯಂತ ಆರಂಭವಾದ ಸುಧಾರಣೆಗಳ ಗಾಳಿ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಗೂ ಬೀಸಿತು. ಮಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಬ್ರಹ್ಮ ಸಮಾಜ, ಆರ್ಯ ಸಮಾಜಗಳು ಆರಂಭವಾದವು. ಥಿಯೋಸೋಫಿಕಲ್ ಸೊಸೈಟಿ, ಡಿಪ್ರೆಸ್ಡ್ ಕ್ಲಾಸಸ್ ಮಿಶನ್ ಪ್ರಾರಂಭವಾದವು. ಶಾಲೆಗಳು, ಕಾಲೇಜುಗಳು, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ಬ್ಯಾಂಕ್‌ಗಳು ಸ್ಥಾಪನೆಯಾದವು. ಸಾರಿಗೆ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಕಾರ್ಯಾರಂಭಿಸಿದವು. ಬೀಡಿ ಉದ್ಯಮ, ಕೈಮಗ್ಗ ಉದ್ಯಮ, ಹೆಂಚಿನ ಕಾರ್ಖಾನೆಗಳು, ಗೇರು ಬೀಜ, ಕಾಫಿ, ಏಲಕ್ಕಿ ಸಂಸ್ಕರಣಾ ಘಟಕಗಳು ಸಾವಿರಾರು ಸ್ತ್ರೀ-ಪುರುಷರಿಗೆ ಉದ್ಯೋಗಾವಕಾಶಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಿಕೊಟ್ಟವು. ದೋಣಿಗಳ ಮೂಲಕ ರೇವುಗಳಿಂದ ಒಳನಾಡು ಸಾರಿಗೆ, ಸರಕುಗಳ ಸಾಗಾಣಿಕೆ, ಹಂಚಿನ ಕಾರ್ಖಾನೆಗಳಿಗೆ ಆವೆಮಣ್ಣಿನ ಪೂರೈಕೆ ನಡೆಯುವಂತಾಯಿತು. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಅಡಿಕೆ ತೋಟಗಳು ವಿಸ್ತರಿಸಿದವು. ಖಾಸಗಿ ನೀರಾವರಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು ಬೆಳೆದವು. ಮೋಟಾರು ಕಾರುಗಳ ಮತ್ತು ಲಾರಿಗಳ ಓಡಾಟ ವಿಸ್ತರಿಸಿತು. ಹೀಗೆ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯೆಡೆಗೆ ಸಾಗಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಅವಲೋಕನ ಮಾಡಬಹುದು. ಇವುಗಳಿಗೆ ವಾಣಿಯಾಗಿ ವಾರಪತ್ರಿಕೆಗಳು, ದಿನಪತ್ರಿಕೆಗಳು ಮೊದಲಾದವು ಪ್ರಾರಂಭಗೊಂಡವು. ಆದರೆ ಇವೆಲ್ಲವುಗಳನ್ನು ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡರೂ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸಂಪತ್-ಸಾಧನಗಳ ಹಾಗೂ ಜನಬಲದ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ನೋಡಿದರೆ ಇಲ್ಲಿನ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿಂದ ಈ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳು ತೀರಾ ಕಡಿಮೆ ಎಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು.

ಪ್ರಸ್ತುತ ೨೧ನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಕೈಗಾರಿಕಾ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲೂ ಗಮನೀಯವಾದ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದೆ. ಮಂಗಳೂರು ವಿಶೇಷ ಆರ್ಥಿಕ ವಲಯವು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸಾವಿರಾರು ಎಕರೆ ಭೂಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿದೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಎಂ.ಆರ್.ಪಿ.ಎಲ್., ಐ.ಎಸ್.ಪಿ. ಆರ್.ಎಲ್., ಬಿ.ಎ.ಎಸ್.ಎಫ್., ಓ.ಎನ್.ಜಿ.ಸಿ., ಯು.ಪಿ.ಸಿ.ಎಲ್., ಎಂ.ಸಿ.ಎಫ್., ಎನ್.ಎ.ಎನ್.ಕೋ., ಕೆ.ಐ.ಓ.ಸಿ.ಎಲ್., ಎ.ಸಿ.ಸಿ. ಇವು ಪ್ರಮುಖವಾದವು. ಕರಾವಳಿ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಸಾರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿದ್ದು ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ವಿಮಾನ ನಿಲ್ದಾಣ, ನವ ಮಂಗಳೂರು ಬಂದರು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರ್ಥಿಕ ಪ್ರಗತಿಗೆ ಬಹುಮುಖ್ಯ ಕೊಡುಗೆಯನ್ನು ನೀಡಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಉದ್ಯೋಗಾವಕಾಶಗಳು, ಉತ್ತಮ ಶಿಕ್ಷಣ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು, ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು, ಮುಂದುವರಿದ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನದ ಬಳಕೆ ಹಾಗೂ ಇತರ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ.[೫]

ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಚಳವಳಿಯಲ್ಲಿಯೂ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಪಾತ್ರ ಬಹಳ ಮುಖ್ಯವಾಗಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಹೋರಾಟದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸ್ವತಃ ಮಹಾತ್ಮ ಗಾಂಧೀಜಿಯವರು ಮೂರು (೧೯೨೦, ೧೯೨೭ ಮತ್ತು ೧೯೩೪) ಬಾರಿ ಕರಾವಳಿ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಆಗಮಿಸಿದ್ದರ ಪರಿಣಾಮ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಚಳುವಳಿಯಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಮಹನೀಯರು ಸೇರಲು ಪ್ರೇರೇಪಣೆಯಾಯಿತು. ಇವರಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಕಾರ್ನಾಡು ಸದಾಶಿವ ರಾವ್, ಬಿ.ಎಂ. ಇದಿನಬ್ಬ, ಡಾ.ಅಮ್ಮೆಂಬಳ ಬಾಳಪ್ಪ, ಎನ್.ಎನ್. ಹಾರ್ಡೇಕರ್, ಕೆ.ಜಿ. ಗೋಖಲೆ, ಆರ್.ಎಸ್. ಕುಕ್ಕೇರಿಕರ್, ನಿಟ್ಟೂರು ಶ್ರೀನಿವಾಸ ರಾವ್, ಆರೂರು ವೆಂಕಟರಾವ್, ಗಳಗನಾಥ್, ಶಾಂತಕವಿ ಮುಂತಾದವರನ್ನು ನಾವಿಲ್ಲಿ ಸ್ಮರಿಸಬಹುದು.

ವಿದೇಶಿ ಪ್ರಭುತ್ವ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಕೆನರಾ ಎಂಬ ನಾಮಧೇಯವನ್ನು ಪಡೆದು ಮುಂದೆ ಕನ್ನಡ ಎಂದು ಕರೆಯಲ್ಪಟ್ಟು, ಜಿಲ್ಲೆಯ ಅರ್ಧಭಾಗ ಮದ್ರಾಸ್ ಪ್ರಾಂತ್ಯದ ಆಡಳಿತಕ್ಕೆ ಸೇರಿ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಎಂದೂ, ಉಳಿದ ಅರ್ಧಭಾಗ ಮುಂಬಯಿ ಪ್ರಾಂತ್ಯಕ್ಕೆ ಸೇರಿ ಉತ್ತರ ಕನ್ನಡ ಎಂದು ಕರೆಯಲ್ಪಟ್ಟಿತು. ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ನಂತರ ೧೯೫೬ರಲ್ಲಿ ಭಾಷಾವಾರು ಪ್ರಾಂತ್ಯ ರಚನೆಯ ನಂತರ ಇದು ಕರ್ನಾಟಕದ ೨೦ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗಿ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಅಸ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ ಬಂತು.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಕಾಸರಗೋಡಿನ ನೀಲೇಶ್ವರದಿಂದ ಕುಂದಾಪುರದವರೆಗೆ ಇದ್ದುದ್ದು, ಇಂದು ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡದ ಅವಿಭಾಜ್ಯ ಅಂಗವಾದ ಕಾಸರಗೋಡು ತಾಲೂಕು ಕೇರಳ ರಾಜ್ಯಕ್ಕೆ ಸೇರಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ೧೯೯೭ರಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯು ವಿಭಜಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದ್ದು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಉಡುಪಿ ಮತ್ತು ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಾಗಿ ರೂಪುಗೊಂಡಿದೆ.[೬]

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜನರ ಮಾತೃ ಭಾಷೆ ಬೇರೆ ಬೇರೆಯಾದರೂ ಆಡಳಿತ ಭಾಷೆಯಾಗಿ ಕನ್ನಡವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಹೆಗ್ಗಳಿಕೆ ಇಲ್ಲಿನ ಜನರದ್ದಾಗಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಕನ್ನಡ ಭಾಷೆಯ ಜೊತೆಗೆ ಮನೆ ಭಾಷೆಯಾಗಿ ತುಳು, ಕೊಂಕಣಿ, ಉರ್ದು, ಮರಾಠಿ ಹೀಗೆ ಭಿನ್ನ ಭಿನ್ನ ಭಾಷೆಯನ್ನು ಜನರು ಮಾತನಾಡುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಇವರೆಲ್ಲರೂ ಕನ್ನಡಿಗರೇ ಆಗಿದ್ದಾರೆ. ದಕ್ಷಿಣೋತ್ತರ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಬಹುಭಾಗ ತುಳುನಾಡು ಎಂದು ಇತಿಹಾಸ ಪ್ರಸಿದ್ಧ. ಉದಾರ ನೀತಿಗೆ ಮೂಲ ಪುರುಷರು ಇಲ್ಲಿನ ತುಳುವರು. ಜರ್ಮನ್ ದೇಶದ ಕಾರ್ಡ್‌ವೆಲ್ ಎಂಬಾತನು ದ್ರಾವಿಡ ಭಾಷೆಗಳಲ್ಲೆಲ್ಲಾ ತುಳು ಅತ್ಯಂತ ಮಧುರವಾದ ಭಾಷೆ ಎಂದು ಕೊಂಡಾಡಿದ್ದಾನೆ.[೭]

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ನಿಸರ್ಗವನ್ನು ವಿವರಿಸುವಾಗ ಪ್ರಧಾನವಾಗಿ ಇಲ್ಲಿನ ಸಮುದ್ರ, ಬೆಟ್ಟಗಳು, ನದಿ–ತೊರೆಗಳು, ಮಳೆ, ಭತ್ತದ ಗದ್ದೆಗಳು, ಅಡಿಕೆ ತೋಟಗಳು, ಪಶ್ಚಿಮ ಘಟ್ಟದ ಅರಣ್ಯಗಳು, ಕಾಡು ಪ್ರಾಣಿಗಳು, ಬಗೆ ಬಗೆಯ ಗಿಡಮರಗಳು ಇವೆಲ್ಲವೂ ಗಮನ ಸೆಳೆಯುತ್ತವೆ.[೮]

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿನ ಕೃಷಿಯನ್ನು ನಿಸರ್ಗದ ಮೇಲೆ ಸ್ಥಾಪಿಸಿದ ಯಜಮಾನಿಕೆ ಎಂದರೂ ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಲ್ಲ. ನಿಸರ್ಗವನ್ನು ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡೇ ಅದ್ಭುತ ಸಂಸ್ಕೃತಿಯ

ಅನೇಕ ಉತ್ಪನ್ನಗಳನ್ನು ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜನರು ನಿರ್ಮಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅದರಲ್ಲಿ ಭೂತಾರಾಧನೆ ಒಂದು ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಉತ್ಪನ್ನವಾದರೆ, ರಂಗಭೂಮಿಯಲ್ಲಿ ಯಕ್ಷಗಾನ ಇನ್ನೊಂದು ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಉತ್ಪನ್ನ. ತುಳುನಾಡಿನ ಭೂತಾರಾಧನೆ ಪ್ರಪಂಚಕ್ಕೆ ಒಂದು ವಿಸ್ಮಯ ಲೋಕವಾಗಿದೆ. ಇವೆಲ್ಲಾ ಆಚರಣೆಗಳು ನಿಸರ್ಗದ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಿಂದ ಬಂದಿತೆಂದು ಸಂಶೋಧಕರು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ.[೯] ಹಾಗೆಯೇ ಇಲ್ಲಿ ನಾಗಾರಾಧನೆಯು ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಜನಪದ ಧರ್ಮವಾಗಿದೆ. ಈ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜನಪದ ಆಚರಣೆ ಆಟಿಕಳಂಜ ಮಗದೊಂದು ವಿಶೇಷ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಮೂಲಭೂತವಾಗಿ ಕೃಷಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಾಗಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ೪೧,೭೫೯ ಹೆಕ್ಟೇರ್‌ಗಳಷ್ಟು ಭೂಮಿಯನ್ನು ಕೃಷಿಗೆ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿದ್ದು ಭತ್ತ, ಹುರುಳಿ, ಉದ್ದು, ಹೆಸರು, ಅಲಸಂಡೆ ಬೆಳೆಗಳನ್ನು ಬೆಳೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ೧,೧೩,೩೩೪ ಹೆಕ್ಟೇರ್ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ತೋಟಗಾರಿಕಾ ಬೆಳೆಗಳಾದ ಅಡಿಕೆ, ಕರಿಮೆಣಸು, ಗೋಡಂಬಿ, ತೆಂಗು, ರಬ್ಬರ್, ಏಲಕ್ಕಿ, ಕೋಕೋ, ಬಾಳೆ, ಹಲಸು, ಮಾವು ಮುಂತಾದ ಬೆಳೆಗಳನ್ನು ಬೆಳೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ.[೧೦] ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ನದಿಗಳು ಪಶ್ಚಿಮ ಘಟ್ಟದ ತಪ್ಪಲಿನಲ್ಲಿ ಹುಟ್ಟಿ ಪಶ್ಚಿಮಾಭಿಮುಖವಾಗಿ ಹರಿದು ಅರಬ್ಬಿ ಸಮುದ್ರವನ್ನು ಸೇರುತ್ತವೆ. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ನೇತ್ರಾವತಿ, ಕುಮಾರಧಾರ, ನಂದಿನಿ, ಪಯಸ್ವಿನಿ, ಫಾಲ್ಗುಣಿ ಮತ್ತು ಶಾಂಭವಿ ನದಿಗಳು ಪ್ರಮುಖವಾಗಿವೆ.

೨೦೧೧ರ ಜನಗಣತಿಯ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ಪ್ರಕಾರ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ೨೦,೮೯,೬೪೯ ಆಗಿದ್ದು, ಇದರಲ್ಲಿ ೧೦,೩೪,೭೧೪ ಗಂಡಸರು ಹಾಗೂ ೧೦,೫೪,೯೩೫ ಹೆಂಗಸರು ಇದ್ದಾರೆ. ತಾಲೂಕುವಾರು ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಹೋಲಿಸಿದಾಗ ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕು ಪ್ರಥಮ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದ್ದು (೯,೯೪,೬೦೨), ಸುಳ್ಯ ತಾಲೂಕು ಕೊನೆಯ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ (೧,೪೫,೨೨೭). ಇತರೆ ತಾಲೂಕುಗಳಾದ ಬಂಟ್ವಾಳ (೩,೯೫,೩೮೦), ಪುತ್ತೂರು (೨,೮೭,೮೫೧) ಹಾಗೂ ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ (೨,೬೬,೫೮೯) ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ.

೨೦೧೧ರ ಜನಗಣತಿಯ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯು ಪ್ರತೀ ಚದರ ಕಿ.ಮೀಗೆ ೪೫೭ ಅಗಿದ್ದು, ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ೨ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ೧೬,೬೬,೩೨೩ ಜನರು ಅಕ್ಷರಸ್ಥರಾಗಿದ್ದು, ಇದರಲ್ಲಿ ೮,೬೪,೦೧೯ ಗಂಡಸರು ಹಾಗೂ ೮,೦೨,೩೦೪ ಹೆಂಗಸರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಜಿಲ್ಲಾ ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣವು ೮೮.೬೨%ರಷ್ಟಿದ್ದು ಇದು ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಮೊದಲ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ೦–೬ ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ೨,೦೮,೨೯೭ ಆಗಿದ್ದು, ಇದರಲ್ಲಿ ೧,೦೯,೧೧೦ ಬಾಲಕರು ಮತ್ತು ೯೯,೧೮೭ ಬಾಲಕಿಯರು ಆಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯ ಲಿಂಗಾನುಪಾತ ಪ್ರಮಾಣವು ಪ್ರತೀ ಸಾವಿರ ಹುಡುಗರಿಗೆ ೯೪೬ ಹುಡುಗಿಯರು ಆಗಿರುತ್ತಾರೆ.[೧೧]

ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಪುಣ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಿದ್ದು ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಮಂಗಳೂರಿನ ಮಂಗಳಾದೇವಿ ದೇವಾಲಯ, ಕದ್ರಿ ಶ್ರೀ ಮಂಜುನಾಥ ದೇವಾಲಯ, ಕುದ್ರೋಳಿಯ ಗೋಕರ್ಣನಾಥ ದೇವಾಲಯ, ಕಟೀಲಿನ ದುರ್ಗಾಪರಮೇಶ್ವರಿ ದೇವಾಲಯ, ಧರ್ಮಸ್ಥಳದ ಶ್ರೀ ಮಂಜುನಾಥ ದೇವಾಲಯ, ದಕ್ಷಿಣ ಕಾಶಿ

ಎಂದು ಪ್ರತೀತಿ ಹೊಂದಿದ ಉಪ್ಪಿನಂಗಡಿಯ ಶ್ರೀ ಸಹಸ್ರ ಲಿಂಗೇಶ್ವರ ದೇವಸ್ಥಾನ, ಸುಳ್ಯ ತಾಲೂಕಿನ ಶ್ರೀ ಕುಕ್ಕೆ ಸುಬ್ರಹ್ಮಣ್ಯ ದೇವಸ್ಥಾನ ಮೊದಲಾದವುಗಳು ಪ್ರಮುಖ ಹಿಂದೂ ಪುಣ್ಯಕ್ಷೇತ್ರಗಳಾಗಿವೆ. ಉಳ್ಳಾಲದ ಸಯ್ಯದ್ ಮದನಿ ದರ್ಗ, ಬಂಟ್ವಾಳದ ಅಜಿಲ ಮೊಗರಿನ ಮಸೀದಿ ಇತ್ಯಾದಿ ಮುಸ್ಲಿಮರ ಪ್ರಾರ್ಥನಾ ಸ್ಥಳಗಳಾಗಿವೆ. ಮಂಗಳೂರಿನ ಸೈಂಟ್ ಅಲೋಶಿಯಸ್ ಚರ್ಚ್, ಮಿಲಾಗ್ರಿಸ್ ಚರ್ಚ್‌ಗಳು ಕ್ರೈಸ್ತರ ಪ್ರಾರ್ಥನಾ ಸ್ಥಳಗಳಾಗಿವೆ.

ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಪ್ರೇಕ್ಷಣೀಯ ಸ್ಥಳಗಳಿದ್ದು, ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಉಳ್ಳಾಲದ ಸಮ್ಮರ್ ಸ್ಯಾಂಡ್ ಕಡಲ ತೀರ, ನವ ಮಂಗಳೂರು ಬಂದರು, ಮೂಡಬಿದಿರೆಯ ಸಾವಿರ ಕಂಬದ ಬಸದಿ, ಧರ್ಮಸ್ಥಳ ಹಾಗೂ ವೇಣೂರಿನ ಗೊಮ್ಮಟೇಶ್ವರನ ಮೂರ್ತಿ, ಪಿಲಿಕುಲ ನಿಸರ್ಗಧಾಮ ಇವೇ ಮೊದಲಾಗಿ ಪ್ರಸಿದ್ಧವಾಗಿವೆ.[೧೨] ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೇ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜನರು ಕ್ರೀಡೆಯಲ್ಲಿಯೂ ಅತೀವ ಆಸಕ್ತಿ ಹೊಂದಿದ್ದು ಕಂಬಳ, ಕೋಳಿ ಅಂಕ ಕ್ರೀಡೆಗಳಿಗೆ ಪ್ರಸಿದ್ಧಿ ಪಡೆದಿದೆ. ಮಹಿಳಾ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿಯೂ ಗಣನೀಯ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಕಂಡಿದ್ದು, ಸ್ತ್ರೀ ಶಕ್ತಿ, ಸ್ವ-ಸಹಾಯ ಸಂಘಗಳು, ಸಹಕಾರಿ ಗುಂಪುಗಳು ಮಹಿಳಾ ಸಬಲೀಕರಣ, ಮಹಿಳೆಯರ ಪಾಲುಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸಿವೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜನರು ಮತ್ಸ್ಯಪ್ರಿಯರು. ತರಹೇವಾರಿ ಮೀನು ಖಾದ್ಯಗಳ ಊಟ ಇಲ್ಲಿ ಹೇರಳವಾಗಿ ದೊರಕುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ, ಕೋರಿರೊಟ್ಟಿ, ಮೂಡೆ, ಹಲಸಿನ ಹಣ್ಣಿನ ತರಹೇವಾರಿ ಖಾದ್ಯಗಳು ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜನರು ಖಾದ್ಯ ಪ್ರಿಯರು ಎಂದು ಸಾಬೀತು ಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಹೋಟೆಲ್ ಉದ್ಯಮ, ಬಾರ್ ಉದ್ಯಮ, ಗೇರು ಬೀಜ ಉದ್ಯಮ, ರಿಯಲ್ ಎಸ್ಟೇಟ್, ಐಸ್‌ಕ್ರೀಮ್ ಉದ್ಯಮ, ಪ್ಲೈವುಡ್ ಉದ್ಯಮ, ಸಣ್ಣ ಮತ್ತು ಗುಡಿ ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳು, ಗೃಹ ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ತಮ್ಮದೇ ಆದ ಕೊಡುಗೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿವೆ.[೧೩]

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಬ್ಯಾಂಕ್‌ಗಳ ತವರೂರು ಎಂದು ಹೆಸರಾಗಿದ್ದು ಬ್ಯಾಂಕಿಂಗ್ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಅದ್ವಿತೀಯ ಸ್ಥಾನಗಳಿಸಿದೆ. ಅವಿಭಜಿತ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡದ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೨೩ ಬ್ಯಾಂಕ್‌ಗಳು ಹುಟ್ಟಿಕೊಂಡಿವೆ. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ೪ ರಾಷ್ಟ್ರೀಕೃತ ಬ್ಯಾಂಕುಗಳಿವೆ. ದೇಶದ ಬ್ಯಾಂಕಿಂಗ್ ನಕಾಶೆಯಲ್ಲಿ ಮಂಗಳೂರು ಉತ್ತಮ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿರುವ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಶಾಖೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ೫೧೯. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆನರಾ ಬ್ಯಾಂಕ್, ವಿಜಯಾ ಬ್ಯಾಂಕ್, ಕರ್ನಾಟಕ ಬ್ಯಾಂಕ್, ಸಿಂಡಿಕೇಟ್ ಬ್ಯಾಂಕ್, ಕಾರ್ಪೊರೇಶನ್ ಬ್ಯಾಂಕ್, ಸ್ಟೇಟ್ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ, ಎಸ್.ಸಿ.ಡಿ.ಸಿ.ಸಿ ಬ್ಯಾಂಕ್, ಇಂಡಸ್ ಬ್ಯಾಂಕ್, ಫೆಡರಲ್ ಬ್ಯಾಂಕ್, ಎಕ್ಸಿಸ್ ಬ್ಯಾಂಕ್, ಐ.ಸಿ.ಐ.ಸಿ.ಐ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಮೊದಲಾದವುಗಳು ಪ್ರಮುಖವಾಗಿವೆ.[೧೪]

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಮೀನುಗಾರಿಕೆ, ಶೇಂದಿ ಉದ್ಯಮ, ಬುಟ್ಟಿ ನೇಯುವುದು, ಮಡಿಕೆ ತಯಾರಿಕೆ, ಮತ್ಸ್ಯ ಉದ್ಯಮ, ನೇಕಾರಿಕೆ ಉದ್ಯಮಗಳು ಇಂದು ಜಾಗತೀಕರಣದ ಹೊಡೆತಕ್ಕೆ

ತತ್ತರಿಸುತ್ತಿದ್ದರೂ, ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರ್ಥಿಕ ಪ್ರಗತಿಗೆ ತನ್ನದೇ ಆದ ಕೊಡುಗೆಯನ್ನು ನೀಡಿದೆ. ಮಂಗಳೂರು ಮಲ್ಲಿಗೆ ಎಂದೇ ಪ್ರಸಿದ್ಧಿಯಾದ ಮಲ್ಲಿಗೆ ಹೂವು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಹೂಗಳ ರಾಜನೆಂದೇ ಪ್ರಸಿದ್ಧಿ. ಜಿಲ್ಲೆಯಾದ್ಯಂತ ಕಾಸರಕ, ಹೊನ್ನೆ, ನೇರಳೆ, ನೆಲ್ಲಿ, ಮತ್ತಿ, ಮರುವ, ಜಾರಿಗೆ, ಅಶೋಕ, ಅಣಿಲೆ, ಅನುವು, ಅಂಬಟೆ, ಅಂಟುವಾಳ, ನಾನಿಲು, ಪಾಲೆ, ಇಜಿನ್, ಕಾವಂಜೆ, ರಾಬೀಜ, ಕಾರ್ಚ್, ಮುಚ್ಚಿಲೆ, ಕೊಡೆಂಬೆ, ಕುಂಕುಮ, ಗಂಧ, ಚೇರ, ಗಾಜವು, ಚಲ್ಲಂಗಿ, ರಂಜೆ, ದಡ್ಡಲಾ, ದೂಪ, ಬಾಗೆ, ಮಂದಾರ, ಬೇವು, ಪಾಲಕ, ಸರಳ, ಪೇರಳೆ, ಪೆಜ, ಪೆಲ, ಪೊಂಗಾರೆ, ಹುಣಸೇ ಮರಗಳು ಧಾರಾಳವಾಗಿವೆ. ಆದರೆ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಅದೆಷ್ಟೋ ಸಸ್ಯ ಸಂಕುಲಗಳ ನಾಶಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿರುವುದು ವಿಷಾದಕರ ಸಂಗತಿ.[೧೫]

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜನರು ಸಾಹಸಿಗರು. ಸುಮಾರು ನಾಲ್ಕು ತಿಂಗಳ ಕಾಲ ಸುರಿಯುವ ಜಡಿಮಳೆ, ಆರು ತಿಂಗಳ ಕಾಲ ಹೊಡೆಯುವ ರಣ ಬಿಸಿಲು ಇಂತಹ ನಿಸರ್ಗದ ಹಿಂಸೆಯನ್ನು ಜನರು ಒಂದು ಸವಾಲಾಗಿ ಸ್ವೀಕರಿಸಿಕೊಂಡು ಬರುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಹಬ್ಬ-ಹರಿದಿನಗಳಂತೂ ಒಂದು ವಿಶೇಷವಾದ ಅನುಭವವನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ. ಅಷ್ಟಮಿ, ಚೌತಿ, ದೀಪಾವಳಿ, ತೆನೆ ಹಬ್ಬ, ಆಟಿ-ಅಮವಾಸ್ಯೆ, ನಾಗರ ಪಂಚಮಿ ಹಿಂದೂಗಳ ಪ್ರಮುಖ ಹಬ್ಬಗಳಾದರೆ, ಉರೂಸ್, ಬಕ್ರೀದ್, ರಂಜಾನ್, ಮೊಹರಂ ಮುಸ್ಲಿಮರ ಪ್ರಮುಖ ಹಬ್ಬಗಳಾಗಿವೆ. ಕ್ರಿಸ್‌ಮಸ್, ಮೊಂತಿ ಹಬ್ಬ, ಸಾಂತ್‌ಮಾರಿ, ಈಸ್ಟರ್‌ಗಳು ಕ್ರೈಸ್ತರ ಪ್ರಮುಖ ಹಬ್ಬಗಳಾಗಿವೆ. "ಮಂಗಳೂರು ದಸರಾ" ಎಂದೇ ಪ್ರಸಿದ್ಧಿ ಪಡೆದ ಕುದ್ರೋಳಿಯ ಶಾರದೋತ್ಸವವು ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಕೀರ್ತಿಯನ್ನು ದೇಶ-ವಿದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹರಡಿಸಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯ ಹುಲಿವೇಷ(ಪಿಲಿನಲಿಕೆ), ಕರಡಿ ವೇಷ, ಬೇತಾಳ ವೇಷ, ಕೀಲು ಕುದುರೆ, ಕುದುರೆ ಕುಣಿತ ಇವುಗಳು ಧಾರ್ಮಿಕ ಉತ್ಸವಗಳ ಆಚರಣೆಗಳಿಗೆ ಮೆರುಗನ್ನು ತಂದುಕೊಟ್ಟಿವೆ. ಕೃಷಿ ಸಂಬಂಧಿ ಕುಣಿತಗಳಾದ ಕರಂಗೋಲು, ಪಾರ್ದನಗಳು, ಸಂಧಿ, ಬೀರಗಳು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಕೃಷಿ ಚಟುವಟಿಕೆಯ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಿಂದ ಬಂದಂತಹ ಪದ ಸಂಕುಲಗಳಾಗಿವೆ.[೧೬] ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಚೆನ್ನೆ, ಕುಟ್ಟಿ-ದೊಣ್ಣೆ, ಲಗೋರಿ, ಕಬ್ಬಡಿ, ಗೋಲಿ ಆಟ ಮುಂತಾದವುಗಳು ಹಳ್ಳಿ ಜನರ ಪ್ರಮುಖ ಮನೋರಂಜನಾ ಕ್ರೀಡೆಗಳಾಗಿವೆ.

ಜಿಲ್ಲೆಯು ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ತನ್ನದೇ ಆದಂತಹ ಕೊಡುಗೆಯನ್ನು ನೀಡಿದೆ. ೧೯ನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ಬಾಸೆಲ್ ಮಿಶನ್‌ನವರು ಪ್ರಥಮವಾಗಿ ಶಿಕ್ಷಣ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದರು. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಏರುಮುಖ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಕಂಡಿದ್ದು, ಮಂಗಳೂರು ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯ ಸೇರಿದಂತೆ ಹಲವಾರು ಪ್ರಥಮ ದರ್ಜೆ ಕಾಲೇಜುಗಳು, ತಾಂತ್ರಿಕ ವಿದ್ಯಾಲಯಗಳು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ನರ್ಸಿಂಗ್ ಕಾಲೇಜುಗಳು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ತನ್ನದೇ ಆದ ಕೊಡುಗೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿವೆ.ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಪ್ರಮುಖ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಾದ ಸರಕಾರಿ ವೆನ್‌ಲಾಕ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಲೇಡಿಗೋಷನ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಫಾದರ್ ಮುಲ್ಲರ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಕೆ.ಎಂ.ಸಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಕೆ.ಎಸ್.ಹೆಗ್ಡೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆ,

ಯೆನಪೋಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಎ.ಜೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಮಂಗಳೂರು ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಂ, ತೇಜಸ್ವಿನಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಪ್ರಮುಖವಾದವು. ಇವು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಾಮರ್ಥ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿವೆ.

ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಟ್ಟು ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ ಮತ್ತು ತಲಾ ವರಮಾನವು ೨೦೦೩-೦೪ರಲ್ಲಿ ರೂ. ೭,೭೫,೯೮೧ ಮತ್ತು ರೂ. ೩೯,೫೬೪ ಆಗಿರುತ್ತದೆ. ಗರಿಷ್ಠ ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ ಮತ್ತು ತಲಾ ವರಮಾನದ ಲೆಕ್ಕಾಚಾರದಲ್ಲಿ ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ ಜಿಲ್ಲೆಯ ನಂತರದ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಪಡೆದಿರುತ್ತದೆ. ಕೃಷಿ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಅವಲಂಬನೆಯಿಂದ ಹೊರಬಂದು ಇತರೆ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ, ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳ ಸ್ಥಾಪನೆಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಆರಂಭವಾದ ನಂತರ ಜಿಲ್ಲೆಯ ತಲಾ ವರಮಾನವು ಏರಿಕೆಯಾಗಲು ಪ್ರಾರಂಭವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ, ಜಿಲ್ಲೆಯು ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ದ್ವಿತೀಯ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು ಮೌಲ್ಯವು ೦.೭೨ ರಷ್ಟಾಗಿರುತ್ತದೆ. ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರ ನೇಮಿಸಿದ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮತೋಲನದ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ ಉನ್ನತ ಅಧಿಕಾರದ ಸಮಿತಿಯ ವರದಿಯು, ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ೧೫.೪೦%ರಷ್ಟು ಇದೆ ಮತ್ತು ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕು ಒಂದರಲ್ಲಿಯೇ ೮%ರಷ್ಟು ಕುಟುಂಬಗಳು ಬಡತನ ರೇಖೆಗಿಂತ ಕೆಳಗಿವೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತದೆ.[೧೭]

ಕೋಷ್ಟಕ ೩.೧. ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸಾಮಾನ್ಯ ವಿವರಗಳು

ಕ್ರಸಂ.	ವಿವರಗಳು	ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ	ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ
೧	ವಿಸ್ತೀರ್ಣ (ಚ.ಕಿ.ಮೀ.ಗಳಲ್ಲಿ)	೧,೯೧,೭೯೧	೪,೮೬೬
೨	ಜನಸಂಖ್ಯೆ	೬,೧೧,೩೦,೭೦೪	೨೦,೮೩,೬೯೦
೩	ತಲಾ ವರಮಾನ (ರೂ.ಗಳಲ್ಲಿ)	೩೬,೯೫೪	೪೭,೧೫೧
೪	ಜನ ಸಾಂದ್ರತೆ (ಪ್ರತೀ ಕಿ.ಮೀ ಗಳಲ್ಲಿ)	೩೧೯	೪೫೭
೫	ಒಟ್ಟು ಆದಾಯ (ಲಕ್ಷಗಳಲ್ಲಿ)	೨,೧೧,೬೬,೨೫೩	೯,೬೯,೯೮೪
೬	ಲಿಂಗಾನುಪಾತ	೯೭೩	೧೦೧೮

(ಮೂಲ: ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರದ ಜನಗಣತಿ ೨೦೧೧ ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಜನಗಣತಿ ೨೦೧೧.)

ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವು ಮಾನವನ ಜೀವನದ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಭಾಗವಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯಕರ ಕುಟುಂಬ, ಆರೋಗ್ಯಕರ ಸಮಾಜ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯಕರ ದೇಶವನ್ನು ಹೊಂದುವುದು ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಸರಕಾರದ ಕನಸಾಗಿದೆ. ಈ ಎಲ್ಲಾ ಆಶೋತ್ತರಗಳನ್ನು ಈಡೇರಿಸಲು ಜನರಿಗೆ ಗರಿಷ್ಠ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಮೂಲಕ ಸರಕಾರವು ಶಕ್ತಿಮೀರಿ ಶ್ರಮಿಸುತ್ತಿದೆ.[೧೮]

ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದರೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶಗಳೆಂದರೆ:

- ಎಲ್ಲಾ ಜನರಿಗೂ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದುವ ಹಕ್ಕಿದೆ.
- ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಈ ಹಕ್ಕುಗಳು ಖಾತರಿಗೊಳಿಸುತ್ತವೆ.
- ಸಾರ್ವತ್ರಿಕತೆ: ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರೂ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಮುಕ್ತ ಹಾಗೂ ಸಮಾನ ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಬೇಕು.
- ನ್ಯಾಯ: ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಸರಿಯಾದ ಹಂಚಿಕೆ ಹಾಗೂ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರ ಇಚ್ಛಾನುಸಾರ ಬೇಡಿಕೆ ಹಾಗು ಕೊಡುಗೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ನ್ಯಾಯವನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕು.
- ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸರಕುಗಳು: ಜನರು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸರಕು ಎಂಬ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಅದು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಅಗತ್ಯ ಹಾಗೂ ಅನಿವಾರ್ಯವಾದ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಾಗಿದೆ.

ಹಾಗಾಗಿ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದುವುದು ಮಾನವನ ಹಕ್ಕು ಹಾಗೂ ಇದು ಸಾರ್ವಜನಿಕವಾಗಿ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಅನ್ವಯಿಸತಕ್ಕಂತಹ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.[೧೯]

ಒಂದು ಸಮಾಜದ ಸಾಮಾನ್ಯ ನಾಗರಿಕನ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ, ರಾಜಕೀಯ ಮತ್ತು ನೈತಿಕ ಯೋಗಕ್ಷೇಮವು ಸಮಾಜದ ಆರೋಗ್ಯದ ಗುಣಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಹಿಡಿದ ಕೈಗನ್ನಡಿಯಾಗಿದೆ. ಒಂದು ಸಮಾಜದ ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ನೇರವಾಗಿ ಅದರ ಆರೋಗ್ಯದ ಘಟಕ ವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಭಾರತದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಅವಲೋಕಿಸಿದಾಗ ದೇಶದಾದ್ಯಂತ ಆರೋಗ್ಯ ಅಸಮಾನತೆಯು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲಿನ ಹೂಡಿಕೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಿರುವುದೇ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಯುವ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷಮತೆಯು ಕ್ಷೀಣಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಅಪಾಯದ ಸೂಚನೆಯಾಗಿದೆ. ಆದರೆ, ಆಫ್ರಿಕಾದಂತಹ ವಿದೇಶೀ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಕಡಿಮೆ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿದೆ ಎಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು. ಆದರೂ, ೨೦೦೭ರಲ್ಲಿ ಎನ್.ಎ.ಸಿ.ಓ (ನ್ಯಾಷನಲ್ ಏಡ್ಸ್ ಕಂಟ್ರೋಲ್ ಆರ್ಗನೈಝೇಷನ್) ೧೫ರಿಂದ ೪೯ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನ ಜನರನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಕಾರ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಏಡ್ಸ್/ ಎಚ್.ಐ.ವಿ.ಯಂತಹ ಖಾಯಿಲೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪ್ರತೀ ೧ ಲಕ್ಷ ಜನರಿಗೆ ೩೬೦ರಷ್ಟಿದೆ ಅಂದರೆ ೦.೩೬%ರಷ್ಟಿದೆ. ೧೫ ರಿಂದ ೨೪ ವಯಸ್ಸಿನ ಜನರು (೩೫%) ವೈರಲ್ ಸೋಂಕುಗಳಿಂದ ನರಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇಂದಿನ ಯುವ ಪೀಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಡ್ರಗ್ಸ್‌ಗೆ ದಾಸರಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಒಂದು ಆತಂಕಕಾರಿಯಾದ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ಇತ್ತೀಚಿನ ಸರಕಾರದ ವರದಿಗಳು ಕೂಡ ಡ್ರಗ್ಸ್‌ನ್ನು ಸೇವನೆ ಮಾಡುವ ಯುವ ಸಮುದಾಯದ ಪ್ರಮಾಣ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಏರುತ್ತಿದೆ ಎಂಬ ಆತಂಕಕಾರಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹೊರಹಾಕಿದೆ.[೨೦]

ಆರ್ಥಿಕ ಅಸಮಾನತೆಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಅಸಮಾನತೆಗೆ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಇದು ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚ್ಯಂಕದ ಮೇಲೆ ನೇರವಾದ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತಿವೆ. ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಯ ಕಾರಣದಿಂದ ಜನರು ಗಂಭೀರ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ಔಷಧೋಪಚಾರಗಳನ್ನು ಬಳಸುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲರಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದನ್ನು ನೀಡದಿರುವುದು, ಗಂಭೀರ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿಯೇ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲು ವಿಫಲವಾಗುವುದು, ಮುಂತಾದವು ಸಮಾಜದ ಆರೋಗ್ಯದ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಕ್ಷೀಣಿಸುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೇ, ತಂಬಾಕು, ಗಾಂಜಾ ಸೇವನೆ, ಅತಿಯಾದ ಕುಡಿತ, ಕಲಬೆರಕೆಯುಕ್ತ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳು, ಜಂಕ್ ಫುಡ್‌ಗಳು, ಕಡಿಮೆ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ದೊರಕುವ ಅನುಭೋಗಿ ಸರಕುಗಳ ಬಳಕೆ ಜನರನ್ನು ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ರೋಗಿಷ್ಠರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುತ್ತಿದೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನವು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚು ಗಮನಹರಿಸುತ್ತಾ, ಆರೋಗ್ಯವು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಪೂರಕವಾದ ಅಂಶವೆಂದು ಮನಗಂಡು ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯನ್ನು ಕೈಗೊಂಡಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರವಾಗಿರಿಸಿಕೊಂಡು, ತಾಲೂಕು ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಾದ ಮಂಗಳೂರು, ಬಂಟ್ವಾಳ, ಪುತ್ತೂರು, ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ ಹಾಗೂ ಸುಳ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಹಿರಿಯ ಮತ್ತು ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿ(ಕ)ಯರನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಿ, ಈ ಸಂಶೋಧನಾ ಕೃತಿಯನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕು:

ಮಂಗಳೂರಿನ ಇತಿಹಾಸವು ಸುಮಾರು ಮೂರು ಶತಮಾನದಷ್ಟು ಹಳೆಯದಾಗಿದೆ. ಮಂಗಳೂರು ಪ್ರಾಂತ್ಯವು ಕದಂಬರು, ವೀರ ಹರಿಹಾವರ-೨ ತದನಂತರ ಪೋರ್ಚುಗೀಸರಿಂದ ವಶಪಡಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿತು. ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಗಳಿಸುವವರೆಗೂ ಮಂಗಳೂರು ಬ್ರಿಟಿಷ್‌ರ ಹಿಡಿತದಲ್ಲಿಯೇ ಇದ್ದಿತು. ವಿಜಯನಗರದ ಅರಸರ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಮಂಗಳೂರನ್ನು, ಮಂಗಳೂರು ಮತ್ತು ಬಾರ್ಕೂರು ಪ್ರಾಂತ್ಯವನ್ನಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸ ಲಾಗಿತ್ತು. ಹಲವಾರು ವಿದೇಶೀ ಬರಹಗಾರರು ಮಂಗಳೂರಿಗೆ ಭೇಟಿಕೊಟ್ಟಿದ್ದು, ಅವರ ಬರಹಗಳು ನಮಗೆ ಮಂಗಳೂರಿನ ಶ್ರೀಮಂತ ಇತಿಹಾಸದ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಒದಗಿಸಿವೆ.

೧೫೫೦ರ ನಂತರ ಮಂಗಳೂರು ಯುರೋಪಿಯನ್ನರ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟಿತ್ತು. ತದನಂತರ ೧೭೬೩ರಲ್ಲಿ ಹೈದರಾಲಿಯು ಮಂಗಳೂರನ್ನು ವಶಪಡಿಸಿಕೊಂಡನು. ಹೈದರಾಲಿಯಿಂದ ಮಂಗಳೂರು ಪ್ರಾಂತ್ಯವನ್ನು ಸರಿಸುಮಾರು ೧೭೬೭ರಲ್ಲಿ ಬ್ರಿಟೀಷರು ವಶಪಡಿಸಿಕೊಂಡರು. ಹೀಗಾಗಿ ಮಂಗಳೂರು ಪ್ರದೇಶವು ೧೭೬೭ರಿಂದ ೧೭೮೩ರವರೆಗೂ ಬ್ರಿಟಿಷ್ ಈಸ್ಟ್ ಇಂಡಿಯಾ ಕಂಪೆನಿಯ ಆಳ್ವಿಕೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿತ್ತು. ೧೭೮೩ರಲ್ಲಿ ಹೈದರಾಲಿಯ ಮಗನಾದ ಟಿಪ್ಪು ಸುಲ್ತಾನನು ಮಂಗಳೂರನ್ನು ವಶಪಡಿಸಿ ಕೊಂಡು ಅದಕ್ಕೆ 'ಜಲಲಾಬಾದ್' ಎಂದು ಮರು ನಾಮಕರಣ ಮಾಡಿದನು. ಟಿಪ್ಪುವಿನ ಮರಣಾನಂತರ ಇದು ಪುನಃ ಬ್ರಿಟಿಷ್ ಆಳ್ವಿಕೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಬ್ರಿಟಿಷ್ ವ್ಯಾಪಾರ ಕೇಂದ್ರದ ಕೇಂದ್ರ ಕಾರ್ಯಾಲಯವಾಗಿ ಮಾರ್ಪಟ್ಟಿತು. ಬ್ರಿಟಿಷ್ ಸರಕಾರವು ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಕೈಗಾರಿಕೀಕರಣಕ್ಕೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ನೀಡಲಿಲ್ಲ. ೧೯ನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ಬಾಸೆಲ್ ಮಿಷನ್‌ರವರ ಶಿಕ್ಷಣ ಕ್ರಾಂತಿ ಹಾಗೂ ತದನಂತರದ

ವಿದ್ಯಮಾನಗಳಿಂದ ಇಂದು ಮಂಗಳೂರು ನಗರವು ಬೆಂಗಳೂರು, ಮುಂಬೈ, ಮಧ್ಯಪೂರ್ವ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಿಗೆ ಅತಿಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ವಿದ್ಯಾವಂತ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ನಗರ ಎಂಬ ಹೆಗ್ಗಳಿಕೆಗೆ ಪಾತ್ರವಾಗಿದೆ.

ಮಂಗಳೂರು ನಗರದಲ್ಲಿ ಕೈಗಾರಿಕೀಕರಣ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಹಾಗೂ ಸ್ಮಾರ್ಟ್‌ಸಿಟಿ ಯೋಜನೆಯು ಇಂದು ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಬಿರುಸಿನೊಂದಿಗೆ ಪ್ರಗತಿಯತ್ತ ಮುನ್ನುಗ್ಗುವಲ್ಲಿ ಕಾರಣೀಭೂತವಾಗಿವೆ. ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹೊರ ದೇಶಗಳಿಂದ, ಹೊರ ರಾಜ್ಯಗಳಿಂದ ಮತ್ತು ಹೊರ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಂದ ಬಂದಂತಹ ಹಲವಾರು ಕಾರ್ಮಿಕರು ಮತ್ತು ಅಧಿಕ ಮಾನವ ಶಕ್ತಿಯ ಪೂರೈಕೆಯು ಇಂದು ಮಂಗಳೂರನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯುಳ್ಳ ನಗರವನ್ನಾಗಿ ಪರಿವರ್ತಿಸಿದೆ.

ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ಮೂಲ ಸೌಕರ್ಯಗಳು, ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಜನರ ಬೇಡಿಕೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಹರಸಾಹಸಪಡುತ್ತಿದೆ. ಹೀಗಾಗಿ ಜನರು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮುತುವರ್ಜಿ ವಹಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಯತ್ನದಲ್ಲಿ ಸಾಗದೇ ಇರುವುದು ಒಂದು ವಿಪರ್ಯಾಸವೇ ಸರಿ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸುಶಿಕ್ಷಿತ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕು ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯವಹಿಸಿರುವುದು ಮೇಲ್ನೋಟಕ್ಕೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ವರ್ಷಂಪ್ರತಿ ದಾಖಲಾಗುವ ಮಲೇರಿಯಾ, ಡೆಂಗ್ಯೂ, ಚಿಕನ್ ಗುನ್ಯಾ ಮತ್ತಿತರ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು ಮಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿಯೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಮಂಗಳೂರು ನಗರದಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ 'ನಗರ ಸ್ಲಂ'ಗಳು ನೈರ್ಮಲ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗಿರುವುದೇ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಹಲವಾರು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಸೀಮಿತವಾದರೂ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಒಟ್ಟು ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕಿಗೆ ಮೀಸಲಿರಿಸಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೩.೨ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಮಾಹಿತಿ

ಕ್ರಸಂ.	ವಿವರ	ನಗರ	ಗ್ರಾಮೀಣ	ಒಟ್ಟು
೧	ಜನಸಂಖ್ಯೆ	೯,೯೬,೦೮೬	೧,೦೯,೩೫೬೩	೨೦,೮೯,೬೪೯
೨	ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣ	೯೨.೧೨%	೮೫.೩೩%	೮೮.೫೭%
೩	ಲಿಂಗಾನುಪಾತ	೧೦೨೦	೧೦೨೦	೧೦೨೦
೪	ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ	೪.೬೦%	೯.೪೦%	೭.೧೦%
೫	ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡ	೧.೬೦%	೬.೦೦%	೩.೯೦%
೬	ಕಾರ್ಮಿಕ ವರ್ಗ	೬೦.೦೧%	೩೧.೭೨%	೪೭.೭೫%

(ಮೂಲ: ೨೦೧೧ರ ಜನಗಣತಿಯ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳ ಪ್ರಕಾರ)

ಕೋಷ್ಟಕ ೩.೩ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ತಾಲೂಕುವಾರು ವಿವರಗಳು

ಕ್ರಸಂ.	ತಾಲೂಕು	ಜನಸಂಖ್ಯೆ		ಸಾಕ್ಷರತೆ	ಲಿಂಗಾನುಪಾತ
		೨೦೧೧	೨೦೦೧	೨೦೧೧	೨೦೧೧
೧	ಮಂಗಳೂರು	೯,೪,೬೦೨	೮,೮೨,೮೫೬	೮೨.೮೦%	೧೦೨೭
೨	ಬಂಟ್ವಾಳ	೩,೯೫,೩೮೦	೩,೬೧,೫೫೪	೭೭.೬೦%	೧೦೧೦
೩	ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ	೨,೬೬,೫೮೯	೨,೪೬,೪೯೪	೭೫.೨೦%	೧೦೨೦
೪	ಪುತ್ತೂರು	೨,೮೭,೮೫೧	೨,೬೬,೦೭೨	೭೭೧೦%	೧೦೧೧
೫	ಸುಳ್ಯ	೧,೪೫,೨೨೭	೧,೪೦,೭೫೪	೭೮.೧೦%	೧೦೧೪
	ಒಟ್ಟು	೨೦,೮೯,೬೪೯	೧೮,೯೭,೭೩೦		೧೦೨೦

(ಮೂಲ: ೨೦೦೧ ಹಾಗೂ ೨೦೧೧ರ ಜನಗಣತಿಯ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ಪ್ರಕಾರ)

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ತಾಲೂಕುವಾರು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಗಾತ್ರವನ್ನು ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಅನುಸಾರವಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ನಗರ ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ೯,೯೪,೬೦೨ ಆಗಿದ್ದು, ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ೭,೭೪,೫೬೯ ಜನರು ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೨,೧೦,೦೩೩ ಜನರು ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ೨೦೦೧ರಲ್ಲಿ ನಗರದಲ್ಲಿ ೬,೦೧,೦೭೯ ಜನರು ಇದ್ದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೨,೮೧,೭೭೭ ಜನರು ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದರು. ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ೮,೮೨,೮೫೬ ಆಗಿತ್ತು. ೨೦೦೧ರ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯು ೨೦೧೧ರಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ ೧೨.೬೬ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿದೆ.

ಬಂಟ್ವಾಳ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ೨೦೦೧ರಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ೩,೬೧,೫೫೪ ಇದ್ದು ೫೪,೮೨೦ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ೩,೦೬,೭೩೪ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದರು. ಪ್ರಸ್ತುತ ೨೦೧೧ರಲ್ಲಿ ಬಂಟ್ವಾಳ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ೩,೯೫,೩೮೦ ಆಗಿದ್ದು ನಗರದಲ್ಲಿ ೧,೧೫,೮೯೮ ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೨,೭೯,೪೮೨ ಜನರು ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇಲ್ಲಿ ೨೦೦೧ರ ಅಂಕಿ ಅಂಶಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದಾಗ ೨೦೧೧ರಲ್ಲಿ ೯.೩೬%ರಷ್ಟು ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯು ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿದೆ.

೨೦೦೧ರಲ್ಲಿ ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ ತಾಲೂಕಿನ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ೨,೪೬,೪೯೪ ಇದ್ದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೨,೩೯,೧೮೯ ಹಾಗೂ ನಗರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೭,೩೦೫ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಇದ್ದಿತ್ತು. ೨೦೧೧ರಲ್ಲಿ ನಗರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದವರು ೧೪,೭೮೭ ಮಂದಿಯಾದರೆ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೨,೫೧,೮೦೨ ಮಂದಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುತ್ತಾರೆ. ೨೦೧೧ರ ಜನಗಣತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ತಾಲೂಕಿನ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು

೨,೬೬,೫೮೯ ಇದೆ. ಇಲ್ಲಿ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದವರ ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯನ್ನು ೨೦೦೧ಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ೨೦೧೧ರಲ್ಲಿ ೮.೧೫% ಏರಿಕೆಯನ್ನು ಕಂಡಿರುವುದು ಗಮನಿಸಬಹುದು.

ಪುತ್ತೂರು ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ೨೦೦೧ರ ಜನಗಣತಿಯಂತೆ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ೨,೬೬,೦೭೨ ಇದ್ದು, ನಗರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೪೮,೦೭೦ ಜನರು ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೨,೧೮,೦೦೨ ಜನರು ವಾಸವಾಗಿದ್ದರು. ಆದರೆ, ೨೦೧೧ರಲ್ಲಿ ತಾಲೂಕಿನ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ೨,೮೭,೮೫೧ ಇದ್ದು, ನಗರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೬೦,೮೭೪ ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೨,೨೬,೯೭೭ ಜನರು ವಾಸವಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಇಲ್ಲಿ ೨೦೦೧ರಲ್ಲಿದ್ದ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯು ೨೦೧೧ಕ್ಕಾಗುವಾಗ ೮.೧೯%ದಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

೨೦೦೧ರಲ್ಲಿ ಸುಳ್ಯ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ೧,೪೦,೭೫೪ ಇದ್ದು, ನಗರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೧೮,೦೨೮ ಜನರು ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೧,೨೨,೭೨೬ ಜನರು ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದರು. ತಾಲೂಕಿನ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ೧,೪೫,೨೨೭ಕ್ಕೆ ಏರಿಕೆಯಾಗಿದ್ದು, ನಗರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೧೯,೯೫೮ ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೧,೨೫,೨೬೯ ಜನರು ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ೨೦೦೧ ರಿಂದ ೨೦೧೧ಕ್ಕೆ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯು ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ೩.೧೮%ರಷ್ಟು ಏರಿಕೆಯಾಗಿರುವುದನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೩.೪. ತಾಲೂಕುವಾರು ಜನಸಂಖ್ಯೆಗಳ ವಿವರ (೨೦೦೧ರಿಂದ ೨೦೧೧)

ಕ್ರಸಂ.	ತಾಲೂಕುಗಳು	೨೦೦೧			೨೦೧೧			ನಗರದಲ್ಲಿ
		ಗ್ರಾಮೀಣ	ನಗರ	ಒಟ್ಟು	ಗ್ರಾಮೀಣ	ನಗರ	ಒಟ್ಟು	ಶೇ. ಏರಿಕೆ
೧	ಮಂಗಳೂರು	೨೮೧೭೭೭	೬೦೧೦೭೯	೮೮೨೮೫೬	೨೧೦೦೩೩	೭೮೪೫೬೯	೯೯೪೬೦೨	೧೨.೬೬
೨	ಬಂಟ್ವಾಳ	೩೦೬೭೩೪	೫೪೮೨೦	೩೬೧೫೫೪	೨೭೯೪೮೨	೧೧೫೮೯೮	೩೯೫೩೮೦	೯.೩೬
೩	ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ	೨೩೯೧೮೯	೭೩೦೫	೨೪೬೪೯೪	೨೫೧೮೦೨	೧೪೭೮೭	೨೬೬೫೮೯	೮.೧೫
೪	ಪುತ್ತೂರು	೨೧೮೦೦೨	೪೮೦೭೦	೨೬೬೦೭೨	೨೨೬೯೭೭	೬೦೮೭೪	೨೮೭೮೫೧	೮.೧೯
೫	ಸುಳ್ಯ	೧೨೨೭೨೬	೧೮೦೨೮	೧೪೦೭೫೪	೧೨೫೨೬೯	೧೯೯೫೮	೧೪೫೨೨೭	೩.೧೮
	ಒಟ್ಟು	೧೧೬೮೪೨೮	೭೨೯೩೦೨	೧೮೯೭೭೩೦	೧೦೯೩೫೬೩	೯೯೬೦೮೬	೨೦೮೯೬೪೯	೧೦.೧೧

(ಮೂಲ: ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳು)

ಹೀಗೆ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ೨೦೦೧ರಲ್ಲಿ ೧೮,೯೭,೭೩೦ ಆಗಿದ್ದು, ನಗರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೭,೨೯,೩೦೨ ಜನರು ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೧೧,೬೮,೪೨೮ ಜನರು ವಾಸವಾಗಿದ್ದರು. ೨೦೧೧ರಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ೨೦,೮೯,೬೪೯ಕ್ಕೆ ಏರಿಕೆಯಾಗಿದ್ದು, ನಗರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೯,೯೬,೦೮೬ ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೧೦,೯೩,೫೬೩ ಜನರು ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ೨೦೧೧ರಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವವರ ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯನ್ನು ೨೦೦೧ಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ೧೦.೧೧%ದಷ್ಟು ಏರಿಕೆಯನ್ನು ಕಾಣಬಹುದು.

ಲಿಂಗಾನುಪಾತ:

ಕೋಷ್ಟಕ ೩.೫ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಲಿಂಗಾನುಪಾತ

ಕ್ರ.ಸಂ.	ತಾಲೂಕುಗಳು	೨೦೦೧ರ ಲಿಂಗಾನುಪಾತ			೨೦೧೧ರ ಲಿಂಗಾನುಪಾತ		
		ಗ್ರಾಮೀಣ	ನಗರ	ಒಟ್ಟು	ಗ್ರಾಮೀಣ	ನಗರ	ಒಟ್ಟು
೧	ಮಂಗಳೂರು	೧೦೮೦	೧೦೦೯	೧೦೩೧	೧೦೪೭	೧೦೨೧	೧೦೨೭
೨	ಬಂಟ್ವಾಳ	೧೦೨೬	೧೦೧೦	೧೦೨೪	೧೦೧೧	೧೦೦೭	೧೦೧೦
೩	ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ	೧೦೩೩	೧೦೦೩	೧೦೩೨	೧೦೨೦	೧೦೨೭	೧೦೨೦
೪	ಪುತ್ತೂರು	೧೦೦೯	೯೮೨	೧೦೦೪	೧೦೧೨	೧೦೦೯	೧೦೧೧
೫	ಸುಳ್ಯ	೯೯೧	೯೨೪	೯೮೩	೧೦೦೭	೧೦೫೮	೧೦೧೪
	ಒಟ್ಟು	**೧೦೩೩**	**೧೦೦೫**	**೧೦೨೨**	**೧೦೨೦**	**೧೦೨೦**	**೧೦೨೦**

(ಮೂಲ: ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳು ೨೦೧೧)

ಲಿಂಗಾನುಪಾತವನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ೧೦೦೦ ಪುರುಷರಿಗೆ ಇರುವ ಮಹಿಳೆಯರ ಸಂಖ್ಯೆ ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾಗಿದೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಲಿಂಗಾನುಪಾತವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ (೨೦೧೧ರ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳ ಪ್ರಕಾರ) ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಲಿಂಗಾನುಪಾತವು ಒಟ್ಟು ೧೦೨೭ ಇದ್ದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೧೦೪೭ ಹಾಗೂ ನಗರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೧೦೨೧ರಷ್ಟಿದೆ. ಬಂಟ್ವಾಳ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಲಿಂಗಾನುಪಾತವು ೧೦೧೦ ಇದ್ದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೧೦೧೧ ಹಾಗೂ ನಗರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೧೦೦೭ರಷ್ಟಿದೆ. ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಲಿಂಗಾನುಪಾತವು ೧೦೨೦ರಷ್ಟಿದ್ದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೧೦೨೦ ಹಾಗೂ ನಗರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೧೦೨೭ರಷ್ಟಿದೆ. ಪುತ್ತೂರು ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಲಿಂಗಾನುಪಾತವು ೧೦೧೧ರಷ್ಟಿದ್ದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೧೦೧೨ ಹಾಗೂ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ೧೦೦೯ರಷ್ಟಿದೆ. ಸುಳ್ಯ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಲಿಂಗಾನುಪಾತವು ೧೦೧೪ರಷ್ಟಿದ್ದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೧೦೦೭ ಹಾಗೂ ನಗರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೧೦೫೮ರಷ್ಟಿದೆ.

ಒಟ್ಟು ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಲಿಂಗಾನುಪಾತವು ೧೦೨೦ರಷ್ಟಿದ್ದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗ ಹಾಗೂ ನಗರ ಭಾಗಗಳೆರಡರಲ್ಲೂ ತಲಾ ೧೦೨೦ರಷ್ಟು ಲಿಂಗಾನುಪಾತವನ್ನು ಗಮನಿಸಬಹುದು. ಇಲ್ಲಿ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಟ್ಟು ಲಿಂಗಾನುಪಾತವನ್ನು ಅವಲೋಕಿಸಿದಾಗ ನಗರ ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಲಿಂಗಾನುಪಾತವು ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಸಮವಾಗಿದೆ. ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕಿನ ಲಿಂಗಾನುಪಾತವು ಉಳಿದ ತಾಲೂಕುಗಳ ಲಿಂಗಾನುಪಾತಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ.

ಆದರೂ, ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಕುಸಿಯುತ್ತಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ೨೦೦೧ರಲ್ಲಿ ೧೦೦೦ ಗಂಡು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣ ೧೦೨೨ ಇತ್ತು. ತದನಂತರ ೨೦೧೧ರ ಜನಗಣತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಜಿಲ್ಲೆಯು ೧೦೦೦ ಪುರುಷರಿಗೆ ೧೦೨೦ ಲಿಂಗಾನುಪಾತ ವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಅಂತೆಯೇ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಮಕ್ಕಳ ಲಿಂಗಾನುಪಾತವನ್ನು ೧೦೦೦ ಹುಡುಗರಿಗೆ ೯೪೭ ಹುಡುಗಿಯರ ಪ್ರಮಾಣವಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಗಂಡು-ಹೆಣ್ಣು ಲಿಂಗಾನುಪಾತ ಕಳೆದ ೫ ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಕುಸಿತ ಕಂಡಿದೆ.

ಸಾಕ್ಷರತೆ:

ಕೋಷ್ಟಕ ೩.೬ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ತಾಲೂಕುವಾರು ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣ

ಕ್ರಸಂ.	ತಾಲೂಕುಗಳು	ಅಕ್ಷರಸ್ಥರು ಮತ್ತು ಅನಕ್ಷರಸ್ಥರ ಸಂಖ್ಯೆ		ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣ	ಸ್ತ್ರೀ-ಪುರುಷ ಸಾಕ್ಷರತಾ ಅಂತರ
		ಅಕ್ಷರಸ್ಥರು	ಅನಕ್ಷರಸ್ಥರು	ಒಟ್ಟು	
೧	ಮಂಗಳೂರು	೧೬೫೯೨೮	೪೪೧೦೫	೮೭.೨೨	೧೦.೧೨
೨	ಬಂಟ್ವಾಳ	೨೧೫೨೬೨	೬೪೨೨೦	೮೫.೭೯	೧೧.೬೭
೩	ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ	೧೮೮೫೩೭	೬೩೨೬೫	೮೩.೭೨	೧೧.೭೪
೪	ಪುತ್ತೂರು	೧೭೧೫೭೫	೫೫೪೦೨	೮೪.೪೨	೧೧.೩೭
೫	ಸುಳ್ಯ	೯೭೦೧೪	೨೮೨೫೫	೮೫.೯೩	೧೦.೧೫
	ಒಟ್ಟು	**೮೩೮೩೧೬**	**೨೫೫೨೪೭**	**೮೫.೩೩**	೧೧.೧೪

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ತಾಲೂಕುವಾರು ಸಾಕ್ಷರತೆಯ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಮಹಿಳೆ ಹಾಗೂ ಪುರುಷರ ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣ ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ೮೭.೨೨%ರಷ್ಟಿದ್ದು, ಮಹಿಳಾ ಮತ್ತು ಪುರುಷರ ಸಾಕ್ಷರತೆಯ ಪ್ರಮಾಣದ ಅಂತರವು ೧೦.೧೨%ರಷ್ಟಿದೆ. ಬಂಟ್ವಾಳ ತಾಲೂಕಿನ ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣವು ೮೫.೭೯% ಇದ್ದು, ಮಹಿಳಾ ಮತ್ತು ಪುರುಷರ ಸಾಕ್ಷರತೆಯ ಅಂತರವು ೧೧.೬೭%ರಷ್ಟಿದೆ. ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ ತಾಲೂಕಿನ ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣವು ೮೩.೭೨%ರಷ್ಟಿದ್ದು, ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಪುರುಷರ ನಡುವಿನ ಸಾಕ್ಷರತೆಯ ಅಂತರವು ೧೧.೭೪%ರಷ್ಟಿದೆ. ಪುತ್ತೂರು ತಾಲೂಕಿನ ಸಾಕ್ಷರತೆಯ ಪ್ರಮಾಣವು ೮೪.೪೨%ವಾಗಿದ್ದು, ಸ್ತ್ರೀ-ಪುರುಷ ಸಾಕ್ಷರತಾ ಅಂತರವು ೧೧.೩೭%ವಾಗಿದೆ. ಸುಳ್ಯ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಸಾಕ್ಷರತಾ ಮಟ್ಟವು ೮೫.೯೩% ಇದ್ದು, ಮಹಿಳಾ ಮತ್ತು ಪುರುಷರ ಸಾಕ್ಷರತೆಯ ಅಂತರವು ೧೦.೧೫% ಇದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ, ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣವು ೮೫.೩೩%ರಷ್ಟಿದ್ದು, ಮಹಿಳಾ ಮತ್ತು ಪುರುಷರ ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣದ ನಡುವಿನ ಅಂತರವು ೧೧.೧೪%ರಷ್ಟಿದೆ.

ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಪಂಗಡ:

ಕೋಷ್ಟಕ ೩.೭ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಪ.ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಪ.ಪಂಗಡಗಳ ತಾಲೂಕುವಾರು ಅಂಕಿಅಂಶಗಳು

ಕ್ರಸಂ.	ತಾಲೂಕು	ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ			ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡ		
		ಗ್ರಾಮೀಣ	ನಗರ	ಒಟ್ಟು	ಗ್ರಾಮೀಣ	ನಗರ	ಒಟ್ಟು
೧	ಮಂಗಳೂರು	೧೫೯೭೫	೩೩೩೦೦	೪೯೨೭೫	೬೨೭೯	೯೯೬೭	೧೬೨೪೬
೨	ಬಂಟ್ವಾಳ	೧೫೮೫೨	೩೪೦೮	೧೯೨೬೦	೧೮೪೭೪	೨೪೩೮	೨೦೯೧೨
೩	ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ	೨೩೯೨೩	೧೩೯೩	೨೫೩೧೬	೧೫೨೨೩	೪೧೯	೧೫೬೪೨
೪	ಪುತ್ತೂರು	೨೮೭೭೨	೫೨೬೮	೩೪೦೪೦	೧೫೧೪೬	೨೪೮೧	೧೭೬೨೭
೫	ಸುಳ್ಯ	೧೮೨೧೫	೨೦೭೨	೨೦೨೮೭	೧೦೭೨೨	೧೧೧೯	೧೧೮೪೧
ಒಟ್ಟು		೧೦೨೭೩೭	೪೫೪೪೧	೧೪೮೧೭೮	೬೫೮೪೪	೧೬೪೨೪	೮೨೨೬೮

(ಮೂಲ: ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ನೋಟ, ೨೦೧೧)

ಜಿಲ್ಲೆಯ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಹಾಗೂ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡಗಳ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಕ್ರಮವಾಗಿ ೧,೪೮,೧೭೮ ಹಾಗೂ ೮೨,೨೬೮ರಷ್ಟಿದೆ. ಇದು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಶೇ ೭.೧೯ ಹಾಗೂ ಶೇ. ೩.೯೪ರಷ್ಟು ಸಂಯೋಜಿತಗೊಂಡಿದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಹಂಚಿಕೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಕ್ರಮವಾಗಿ ೬೯.೩೩%, ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಹಾಗೂ ೮೦.೦೪% ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡಗಳಿಗೆ ಸೇರಿದ ಜನರುಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ವಾಸವಾಗಿದ್ದು, ೩೦.೬೭% ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಹಾಗೂ ೧೯.೯೬%ರಷ್ಟು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದ ಜನರು ನಗರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ೨೦೦೧ರ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ೨೦೧೧ರಲ್ಲಿ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಹಾಗೂ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡಗಳ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಪ್ರಮಾಣವು ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೩.೮. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿನ ತಾಲೂಕುವಾರು ಕಾರ್ಮಿಕ ವರ್ಗದ ಪ್ರಮಾಣ

ಕ್ರಸಂ.	ತಾಲೂಕು	ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆ	ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಮಿಕರು	ಶೇ.
೧	ಮಂಗಳೂರು	೯೯೪೬೦೨	೪೦೪೭೦೩	೪೦.೬೯%
೨	ಬಂಟ್ವಾಳ	೩೯೫೩೮೦	೧೮೯೨೨೪	೪೭.೮೬%
೩	ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ	೨೬೬೫೮೯	೧೨೪೭೩೨	೪೬.೭೯%
೪	ಪುತ್ತೂರು	೨೮೭೮೫೧	೧೨೯೯೮೭	೪೫.೧೬%
೫	ಸುಳ್ಯ	೧೪೫೨೨೭	೬೫೮೩೦	೪೫.೩೩%
ಒಟ್ಟು		೨೦೮೯೬೪೯	೯೧೪೪೭೬	೪೩.೮೬

ಈ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿನ ಕಾರ್ಮಿಕರ ಬಗೆಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ (೨೦೧೧ರ ಜನಗಣತಿ). ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕು ಅತೀ ಕಡಿಮೆ ದುಡಿಯುವ ವರ್ಗವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು ೪೦.೯೯%ರಷ್ಟಿದೆ. ಬಂಟ್ವಾಳ ತಾಲೂಕಿನ ಶೇಕಡಾವಾರು ಕಾರ್ಮಿಕ ಅಂಶವು ಅತೀ ಹೆಚ್ಚಿದ್ದು ೪೭.೮೬%ರಷ್ಟಿದೆ. ಮಂಗಳೂರಿನ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಉಳಿದ ತಾಲೂಕುಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದಾಗ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಇದ್ದು ದುಡಿಯುವ ವರ್ಗದ ಪ್ರಮಾಣವು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಉಳಿದೆಲ್ಲಾ ತಾಲೂಕುಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಅತ್ಯಂತ ಕನಿಷ್ಠವಾಗಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ೮೩,೨೪೫ರಷ್ಟು ಮುಖ್ಯ ಕೆಲಸಗಾರರಲ್ಲದ ಕಾರ್ಮಿಕರು(೩.೯೮%) ಹಾಗೂ ೧೦,೯೧,೯೨೮ ಕಾರ್ಮಿಕರಲ್ಲದವರು(೫೨.೨೫%) ಇದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೩.೯. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿರುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ವೈದ್ಯರ ಮತ್ತು ಹಾಸಿಗೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ

ಕ್ರಸಂ.	ತಾಲೂಕು	ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ			ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿರುವ ಸರಕಾರಿ ವೈದ್ಯರು	ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿನ ಹಾಸಿಗೆಗಳು
		ಸರಕಾರಿ	ಖಾಸಗಿ	ಒಟ್ಟು		
೧	ಮಂಗಳೂರು	೩೫	೭೭	೧೧೨	೫೪	೨೬೨
೨	ಬಂಟ್ವಾಳ	೨೨	೯	೩೧	೩೦	೨೨೦
೩	ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ	೧೪	೧೦	೨೪	೨೦	೧೩೬
೪	ಪುತ್ತೂರು	೧೪	೧೭	೩೧	೨೨	೨೩೨
೫	ಸುಳ್ಯ	೮	೫	೧೩	೧೪	೧೨೯೮
	ಒಟ್ಟು	೯೩	೧೧೮	೨೧೧	೧೪೦	೨೧೪೮

(ಆಧಾರ: ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಮಂಗಳೂರು, ೨೦೧೬-೧೭)

ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ೨೧೧ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿದ್ದು, ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ೯೩ ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಾದರೆ,೧೧೮ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಾಗಿವೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸರ್ಕಾರಿ ವೈದ್ಯರ ಸಂಖ್ಯೆ ೧೪೦ ಇದ್ದು, ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸರ್ಕಾರಿ ಅಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿನ ಹಾಸಿಗೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ೨,೧೪೮ ಇದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ೯೯೧ ಔಷಧಿ ಅಂಗಡಿಗಳು ಲಭ್ಯವಿದ್ದು, ೧೪ ರಕ್ತನಿಧಿ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಹಾಗೂ ೧,೯೯೩ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳಿವೆ.ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ಔಷಧಿ ಅಂಗಡಿಗಳು, ರಕ್ತನಿಧಿಕೇಂದ್ರಗಳು, ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯಗಳು ಅತೀ ಹೆಚ್ಚಿದ್ದು, ಮಂಗಳೂರು ಮೊದಲನೆಯ ಸ್ಥಾನ ಮತ್ತು ಸುಳ್ಯ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಅತಿ ಕಡಿಮೆಯಿದ್ದು ಕೊನೆಯ ಸ್ಥಾನ ಪಡೆದಿದೆ.

ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ೮೬ ಅಲೋಪತಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿದ್ದು, ೨ ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಇವೆ. ಖಾಸಗಿ ಅಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ೧೧೮ ಇದ್ದು, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ೭೭ರಷ್ಟಿವೆ ಮತ್ತು ೮

ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. ಇದು ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚಿದ್ದು ಸುಳ್ಯ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ೮ ಅಲೋಪತಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ೧೦ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ೭ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಇವೆ. ಸುಳ್ಯ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಲಭ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ.

೨೦೧೭-೧೮ರಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಲಸಿಕೆಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದ್ದು, ೩೧,೩೭೫ ಪೋಲಿಯೋ ಲಸಿಕೆಗಳು, ೩೩,೪೭೯ ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ ಲಸಿಕೆಗಳು, ೩೦,೦೩೩ ಧಡಾರ ಲಸಿಕೆಗಳು, ೧೨,೭೯ ಟಿ.ಟಿ. ಲಸಿಕೆಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ೩೪,೭೩೦ ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ 'ಬಿ' ಲಸಿಕೆಗಳನ್ನೂನೀಡಲಾಗಿದೆ.ಇದು ೨೦೧೩-೧೪ಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ನೀಡಲಾಗಿರುವ ರೋಗ ನಿರೋಧಕಗಳ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಏರಿಕೆಯನ್ನು ಕಂಡಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸಂತಾನಹರಣ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಇಳಿಕೆಯನ್ನು ಕಂಡಿದೆ. ಇದು ೨೦೧೩-೧೪ರಲ್ಲಿ ೩೦,೩೭೯ಇದ್ದು, ೨೦೧೭-೧೮ರಲ್ಲಿ ೨೬,೮೭೦ರಷ್ಟಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಏಡ್ಸ್ ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ೨೦೧೩-೧೪ರಲ್ಲಿ ಏಡ್ಸ್ ರೋಗದಿಂದ ಮರಣ ಹೊಂದಿದವರ ಸಂಖ್ಯೆ ೧೦೪ಇದ್ದು, ಇದು ೨೦೧೭-೧೮ರಲ್ಲಿ ೧೭೯ಕ್ಕೆ ಏರಿಕೆಯಾಗಿದೆ. ೨೦೧೩-೧೪ರಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕುಷ್ಟ ರೋಗ ಹಾಗೂ ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದ್ದು ಇವರಲ್ಲಿ ೬೭ ಮಂದಿ ಕುಷ್ಟ ರೋಗಿಗಳು ಗುಣಮುಖರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ೨೦೧೭-೧೮ರಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಿದ ಹೊಸ ಕುಷ್ಟ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯು ೫೯ಆಗಿದ್ದು, ಗುಣವಾದ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ೬೨ ಆಗಿದೆ. ೨೦೧೩-೧೪ರಲ್ಲಿ ೧೩೭೪ ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದ್ದು ೯೧೪ ಮಂದಿ ಗುಣಮುಖರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ೭೬ ಮಂದಿ ಮರಣ ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ೨೦೧೭-೧೮ರಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಲಾದ ಕ್ಷಯ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ೧,೫೫೬ ಇದ್ದು, ೯೭ ಮಂದಿ ಗುಣಮುಖರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ ಹಾಗೂ ೭೧ ಮಂದಿ ಮರಣ ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ೯,೫೪೮ ಮಂದಿ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಯ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಾಗಿದ್ದು, ೧,೫೧೫ ಮಂದಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಮೆಡಿಕಲ್ ಕಿಟ್ ಪಡೆದಿರುವುದು ದಾಖಲೆಗಳಲ್ಲಿ ನಮೂದಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ೨೦,೮೯,೬೪೯ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಇದ್ದು, ಲಭ್ಯವಿರುವ ಖಾಸಗಿ ಹಾಗೂ ಸರಕಾರಿ ವೈದ್ಯರ ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ ೨,೩೧೪ ಇದೆ. ತಾಲೂಕುವಾರು ವೈದ್ಯರ ಹಂಚಿಕೆಯು ಈ ರೀತಿಯಾಗಿದೆ. ಬಂಟ್ವಾಳ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ೨೨೩ ವೈದ್ಯರುಗಳು ಲಭ್ಯವಿದ್ದು, ೧೦೦೦೦ ಜನ ಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಆರು ವೈದ್ಯರುಗಳಿದ್ದಾರೆ. ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ೧೬೦ ವೈದ್ಯರಿದ್ದು, ೧೦೦೦೦ಕ್ಕೆ ಆರು ವೈದ್ಯರುಗಳು, ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ೧,೨೭೮ ವೈದ್ಯರಿದ್ದು ೧೦೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ೧೩ ವೈದ್ಯರುಗಳು ಲಭ್ಯವಿದ್ದಾರೆ. ಪುತ್ತೂರು ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ೨೮೫ ವೈದ್ಯರಿದ್ದು ೧೦೦೦೦ ಜನ ಸಂಖ್ಯೆಗೆ ೧೦ ವೈದ್ಯರುಗಳು, ಸುಳ್ಯ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ೩೬೮ ವೈದ್ಯರಿದ್ದು ೧೦೦೦೦ ಜನ ಸಂಖ್ಯೆಗೆ ೨೫ ವೈದ್ಯರಿದ್ದಾರೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ೧೦೦೦೦ ಜನ ಸಂಖ್ಯೆಗೆ ೧೪೮ ಹಾಸಿಗೆಗಳು ಲಭ್ಯವಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೩.೧೦ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಹಿರಿಯ ಮತ್ತು ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿ(ಕ)ಯರ ವಿವರಗಳು

ಕ್ರ.ಸಂ.	ತಾಲೂಕುಗಳು	ವೈದ್ಯರ ಸಂಖ್ಯೆ	ಹಿರಿಯ ಮತ್ತು ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿ(ಕ)ಯರ ಸಂಖ್ಯೆ	ಒಟ್ಟು ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು
೧	ಮಂಗಳೂರು	೫೪	೩೮೫	೩೫
೨	ಬಂಟ್ವಾಳ	೩೦	೧೨೧	೨೨
೩	ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ	೨೦	೯೯	೧೪
೪	ಪುತ್ತೂರು	೨೨	೧೨೯	೧೪
೫	ಸುಳ್ಯ	೧೪	೯೩	೮
	ಒಟ್ಟು	೧೪೦	೮೨೭	೯೩

(ಆಧಾರ: ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಮಂಗಳೂರು, ೨೦೧೬-೧೭)

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ೯೩ ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಇದ್ದು, ಗ್ರಾಮೀಣಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ನಗರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ತಾಲೂಕು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿವೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ೧೪೦ ಸರಕಾರಿ ವೈದ್ಯರು ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದು ೮೨೭ ಹಿರಿಯ ಮತ್ತು ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿ(ಕ)ರು ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೩.೧೧. ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ದಶಕವಾರು ಬದಲಾವಣೆ ೨೦೦೧-೨೦೧೧

ಕ್ರ.ಸಂ.	ತಾಲೂಕು	ಜನಸಂಖ್ಯೆ ೨೦೧೧			೨೦೦೧-೨೦೧೧ರ ದಶಕದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ % ಬದಲಾವಣೆ		
		ಗ್ರಾಮೀಣ	ನಗರ	ಒಟ್ಟು	ಗ್ರಾಮೀಣ	ನಗರ	ಒಟ್ಟು
೧	ಬಂಟ್ವಾಳ	೨೭೯೪೮೭	೧೧೫೮೯೮	೩೯೫೩೮೦	-೮.೯	೧೧೧.೪	೯.೩೬
೨	ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ	೨೫೧೮೦೨	೧೪೭೮೭	೨೬೬೫೮೯	-೫.೩	೧೦೨.೪	೮.೧೫
೩	ಮಂಗಳೂರು	೨೧೦೦೩೩	೭೮೪೫೬೯	೯೯೪೬೦೨	-೨೫	೩೦.೫೩	೧೨.೭
೪	ಪುತ್ತೂರು	೨೨೬೯೭೭	೬೦೮೭೪	೨೮೭೮೫೧	೪.೧೨	೨೬.೫೪	೮.೧೯
೫	ಸುಳ್ಯ	೧೨೫೨೬೯	೧೯೯೫೮	೧೪೫೨೨೭	೨.೦೭	೧೦.೭೧	೩.೧೮
	ಒಟ್ಟು	೧೦೯೩೫೬೩	೯೯೬೦೮೬	೨೦೮೯೬೪೯	-೬.೪೧	೩೬.೫೮	೧೦.೧

(ಆಧಾರ: ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಮಂಗಳೂರು, ೨೦೧೬-೧೭)

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ೨೦,೮೯,೬೪೯ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಇದ್ದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೧೦,೯೩,೫೬೩, ನಗರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೯,೯೬,೦೮೬ ಜನರಿದ್ದಾರೆ. ೨೦೦೧ ಮತ್ತು ೨೦೧೧ರ ನಗರ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಜನರ ಶೇಕಡಾವಾರು ಬದಲಾವಣೆಯ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳು ಈ ರೀತಿಯಾಗಿವೆ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ೩೬.೫೮%ಇದ್ದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ –೬.೪೧%ರಷ್ಟಿದೆ. ಒಟ್ಟು ೨೦೦೧ ಮತ್ತು ೨೦೧೧ಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ೧೦.೧೧%ರಷ್ಟು ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ನಾವು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ೨೦೦೧ಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ೨೦೧೧ರಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿನ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಜನರು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ವಲಸೆ ಹೋಗುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ೭೮% ಹಿಂದೂ ಧರ್ಮಕ್ಕೆ ಸೇರಿದವರಾಗಿದ್ದು, ಶೇ. ೧೨% ಮುಸ್ಲಿಂ, ೮% ಕ್ರೈಸ್ತ ಧರ್ಮಕ್ಕೆ ಸೇರಿದವರು, ೧% ಜೈನ ಧರ್ಮಕ್ಕೆ ಸೇರಿದವರಿದ್ದು, ೧% ಇತರ ಧರ್ಮಕ್ಕೆ ಸೇರಿದವರಿದ್ದಾರೆ.

ಶಿಕ್ಷಣ

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕೆ ದೊರೆತ ಕೊಡುಗೆ ಅನನ್ಯವಾದುದು. ಬ್ರಿಟೀಷರು ಭಾರತವನ್ನು ಆಳಲು ಆರಂಭಿಸಿದಂದಿನಿಂದಲೇ ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕೆ ಭದ್ರ ಬುನಾದಿಯನ್ನು ಹಾಕಿದರು. ೧೮೪೯ರಲ್ಲಿ ಬಾಸೆಲ್ ಮಿಷನ್‌ರವರು ಯಾವ ತಾರತಮ್ಯವಿಲ್ಲದೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಉತ್ತಮ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಕೊಡುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಶಾಲೆಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿದರು. ೧೮೭೦ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸಾರಸ್ವತ ಸಮಾಜದವರು ಗಣಪತಿ ಶಾಲೆಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದರು. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ಥಾಪಿತವಾದ ಪ್ರೌಢಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಲಕ್ರಮೇಣ ಪದವಿಪೂರ್ವ ಕಾಲೇಜುಗಳು ಪ್ರಾರಂಭಗೊಂಡು ಇಂದು ಹಲವಾರು ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ದೊಡ್ಡ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಾಗಿ ಬೆಳೆದು ಬಿಟ್ಟಿವೆ. ೧೮೮೦ರಲ್ಲಿ ಮಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಸ್ಥಾಪಿತವಾದ ಸೈಂಟ್ ಅಲೋಷಿಯಸ್ ಶಾಲೆಯು ಇಂದು ಪ್ರತಿಷ್ಠಿತ ವಿದ್ಯಾ ಸಂಸ್ಥೆಯಾಗಿ ಬೆಳೆದುನಿಂತಿದೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಳೆದ ನೂರು ವರ್ಷಗಳಿಂದೀಚೆಗೆ ನಡೆದ ಶಿಕ್ಷಣ ಕ್ರಾಂತಿಗೆ ಕ್ರೈಸ್ತ ಮಿಷನರಿಗಳ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಮತ್ತು ಶ್ರಮ ಒಂದೆಡೆಯಾದರೆ, ಇಲ್ಲಿನ ಪರಿಸರದ ಮಹತ್ವವೂ ಶಿಕ್ಷಣದ ಪ್ರಗತಿಗೆ ಒತ್ತಾಸೆಯಾಗಿ ನಿಂತಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಓದು ಬರಹ ಕಲಿತ ಯುವಕರು ಬದುಕು ಕಟ್ಟಿಕೊಳ್ಳುವ ಕನಸಿನೊಂದಿಗೆ ದೂರದ ಮುಂಬಯಿಗೆ ಹೊರಟು ಅಲ್ಲಿ ಉದ್ಯೋಗವನ್ನು ದಕ್ಕಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜನರಿಗೆ ಅಕ್ಷರದ ಮೇಲಿನ ಆಸಕ್ತಿಯು ಇನ್ನಷ್ಟು ಬೆಳೆಯಲು ಕಾರಣವಾಯಿತು. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಅತೀ ಹಿಂದುಳಿದ ಹಲವು ಸಮುದಾಯಗಳು ಅಕ್ಷರದ ಜ್ಞಾನದಿಂದ ಹೊಸ ಪರ್ವದೆಡೆಗೆ ಮುಂದಡಿಯಿಡಲು ಶಿಕ್ಷಣವು ಅತ್ಯಂತ ಉಪಯುಕ್ತವಾಗಿದೆ ಎಂದರೆ ತಪ್ಪಾಗಲಾರದು.

ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸಾಕ್ಷರತೆ

ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ೩೨೪ ಸರ್ಕಾರಿ ಕಿರಿಯ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಶಾಲೆಗಳು, ೧,೧೫೩ ಹಿರಿಯ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಶಾಲೆಗಳು, ೫೫೦ ಪ್ರೌಢಶಾಲೆಗಳು, ೨೦೦ ಪದವಿಪೂರ್ವ ಕಾಲೇಜುಗಳು, ೧೫೪ ಸಾಮಾನ್ಯ ಸರ್ಕಾರಿ ಪದವಿ ಕಾಲೇಜುಗಳು, ೧೭ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜುಗಳು, ೧೦ ಪಾಲಿಟೆಕ್ನಿಕ್

ಕಾಲೇಜುಗಳು, ೧೮ ಇಂಜಿನಿಯರಿಂಗ್ ಕಾಲೇಜುಗಳು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ೧೬,೬೬,೩೨೩ ಅಕ್ಷರಸ್ಥರು ಇದ್ದು, ಬಂಟ್ವಾಳ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ೩,೦೬,೭೪೪, ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ೨,೦೦,೪೧೯, ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ೮,೨೩,೭೯೬, ಪುತ್ತೂರು ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ೨,೨೧,೯೪೯ ಹಾಗೂ ಸುಳ್ಯ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ೧,೧೩,೪೧೫ ಅಕ್ಷರಸ್ಥರಿದ್ದಾರೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯ ತಾಲೂಕುವಾರು ಸಾಕ್ಷರತಾ ಪ್ರಮಾಣವು ಬಂಟ್ವಾಳದಲ್ಲಿ ಶೇ. ೭೭.೫%, ಬೆಳ್ತಂಗಡಿಯಲ್ಲಿ ಶೇ. ೭೫.೦೧%, ಮಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ೮೨.೮%, ಪುತ್ತೂರಲ್ಲಿ ೭೭.೧%, ಹಾಗೂ ಸುಳ್ಯದಲ್ಲಿ ೭೮.೦೦% ಆಗಿದೆ.

ಜಿಲ್ಲೆಯ ಉದ್ದಿಮೆಗಳು ಮತ್ತು ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳು

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಬಾಸೆಲ್ ಮಿಷನ್‌ರವರು ಶಿಕ್ಷಣ ಕ್ರಾಂತಿಯನ್ನು ಮಾಡಿರುವುದು ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೆ ಹಲವಾರು ಉದ್ದಿಮೆಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿ ವಿದ್ಯಾವಂತರಿಗೆ ಉದ್ಯೋಗಾವಕಾಶಗಳನ್ನು ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಅವರ ಜೀವನ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ದಾರಿಯನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟರು. ಬಾಸೆಲ್ ಮಿಷನ್‌ನವರು ಸ್ಥಾಪಿಸಿದ ಕಬ್ಬಿಣದ ಕಾರ್ಖಾನೆ, ಹಂಚಿನ ಕಾರ್ಖಾನೆ, ಮುದ್ರಣಾಲಯಗಳು, ಗೇರು ಬೀಜದ ಕಾರ್ಖಾನೆ, ಒಳ ಉಡುಪು ತಯಾರಿಕೆಯ ಕಾರ್ಖಾನೆ, ಕೈಮಗ್ಗಗಳ ಕಾರ್ಖಾನೆಗಳು ಇಂದು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಉದ್ಯಮಗಳ ಸ್ಥಾಪನೆಗೆ ಕಾರಣೀಭೂತವಾಗಿವೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿನ ಬೀಡಿ ಉದ್ಯಮವು ಮಹಿಳೆಯರ ಸ್ವಾವಲಂಬನೆಯ ಬದುಕಿಗೆ ಆಸರೆಯಾಗಿ ನಿಂತಿದ್ದು ಇತಿಹಾಸ. ಮೋಟಾರು ವಾಹನಗಳ ಓಡಾಟ ಪ್ರಾರಂಭವಾದಮೇಲೆ ಅವುಗಳ ಬಿಡಿ ಭಾಗಗಳ ತಯಾರಿಕಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಹುಟ್ಟಿಕೊಂಡವು. ತದನಂತರ ತಲೆ ಎತ್ತಿದ ಹೋಟೆಲ್ ಉದ್ಯಮ, ರಿಯಲ್‌ಎಸ್ಟೇಟ್ ಉದ್ಯಮಗಳು ಇಂದು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಮುನ್ನಡೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿವೆ. ಮಂಗಳೂರು ವಿಶೇಷ ಆರ್ಥಿಕ ವಲಯದಿಂದ ಸ್ಥಾಪಿತವಾದ ಎಂ.ಆರ್.ಪಿ.ಎಲ್, ಓ.ಎಂ.ಪಿ.ಎಲ್. ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೆ ಇನ್ನೂ ಹಲವಾರು ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳು ಸ್ಥಾಪನೆಯಾಗುವುದರೊಂದಿಗೆ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ವಸತಿಯನ್ನು ಕಂಡುಕೊಂಡ ನಿರುದ್ಯೋಗಿಗಳಿಗೆ ಅಗತ್ಯ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ನೀಡಿ ಅವರಿಗೆ ಉದ್ಯೋಗಾವಕಾಶಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟಿದೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಭೌಗೋಳಿಕವಾಗಿ ಉತ್ತಮ ನಿಸರ್ಗ ಪ್ರಕೃತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು ಇಲ್ಲಿಯ ಜನರು ಗುಣವಂತರು, ಸಂಯಮಶೀಲರು, ಉದಾರ ದಾನಿಗಳು ಆಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಇಲ್ಲಿನ ಪ್ರಕೃತಿಯು ಎಷ್ಟು ವೈವಿಧ್ಯತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿದೆಯೋ, ಜಿಲ್ಲೆಯ ವಿಚಾರಗಳು ಅಷ್ಟೇ ವೈವಿಧ್ಯಮಯವಾಗಿವೆ. ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯು ತನ್ನ ಎಲ್ಲಾ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳಲ್ಲೂ ಕೇಂದ್ರಸ್ಥಾನವನ್ನು ಪಡೆದ ಜಿಲ್ಲೆಯಾಗಿದ್ದು ರಾಷ್ಟ್ರ, ರಾಜ್ಯದ ಸಾಮಾಜಿಕ, ರಾಜಕೀಯ, ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಿಗೆ ತನ್ನದೇ ಆದ ಕೊಡುಗೆಯನ್ನು ನೀಡಿದೆ. ೩. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ಜಾಗತೀಕರಣದ ಪರ್ವದಲ್ಲಿ ತನ್ನ ವೇಗವನ್ನು ಚುರುಕುಗೊಳಿಸಿದ್ದು ಹಲವಾರು ಕಾರ್ಖಾನೆಗಳು, ಉದ್ಯಮಗಳು ತಲೆ ಎತ್ತಿವೆ. ಇದು ಹೊರ ದೇಶದ, ಹೊರ ರಾಜ್ಯ, ಹೊರ ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಜನರಿಗೆ

ಹೆಚ್ಚಿನ ಉದ್ಯೋಗಾವಕಾಶವನ್ನು ನೀಡಿರುವುದು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಆರ್ಥಿಕ ಪ್ರಗತಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಮತ್ತೊಂದು ಹಂತದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವು ಆರೋಗ್ಯದ ಜೊತೆ ಬೆರೆತಿರುವುದು ನಾವು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಹೆಚ್ಚು ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯನ್ನು ಹೊಂದುತ್ತಿದ್ದು, ಇದು ಮಾನವನ ಆರೋಗ್ಯದ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕೆಲವೊಂದು ಕೆಟ್ಟ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಬೀರುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ಅಲ್ಲಗಳೆಯುವಂತಿಲ್ಲ. ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳಿಂದ ಭೌತಿಕ ಪರಿಸರವು ನಾಶವಾಗುತ್ತಿದ್ದು ಇದು ಮಾನವನ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರುತ್ತಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನವು ಆರೋಗ್ಯದ ರಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ಅದರ ನೀಡುವಿಕೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ಬೆಳಕು ಚೆಲ್ಲಿದ್ದು **"ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರದ ಕುರಿತು ಅಧ್ಯಯನ: ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ"** ಎಂಬ ವಿಷಯದ ಕುರಿತಂತೆ ಸಂಶೋಧನೆಯನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ.

ಕೊನೆಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು

೧. ಬೀನಾ ಅಗರ್‌ವಾಲ್, "ವರ್ಲ್ಡ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ರಿಪೋರ್ಟ್–೧೯೯೦". ಪು. ೮೯–೧೧೫.

೨. ಅದೇ.

೩. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ನೋಟ ೨೦೧೭–೧೮, ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ವಿಭಾಗ, ಜಿಲ್ಲಾ ಸಂಖ್ಯಾ ಸಂಗ್ರಹಣಾಧಿಕಾರಿ, ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ, ಮಂಗಳೂರು. ಪುಟ. ೪೬–೪೯.

೪. ಅದೇ.

೫. ಬಿ.ವಿ. ಕಕ್ಕಿಲಾಯ, "ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಚಳುವಳಿಗಳ ನೆನಪುಗಳು", ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿ ಪ್ರಕಟನಾ ವಿಭಾಗ, ೨೦೦೦. ಪುಟ ೬೭–೭೭.

೬. ಕೈಯ್ಯಾರ ಕಿಂಞಣ್ಣ ರೈ, "ನನ್ನ ಬಾಲ್ಯದ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ", ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಪ್ರಕಟನಾ ವಿಭಾಗ, ೨೦೦೦. ಪುಟ ೮೮.

೭. ಅದೇ. ಪುಟ ೮೯.

೮. ಡಾ. ಬಿ.ಎ. ವಿವೇಕ್ ರೈ, "ನಿಸರ್ಗ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ – ಅಂತರ್ ಸಂಬಂಧ", ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಪ್ರಕಟನಾ ವಿಭಾಗ, ೨೦೦೦. ಪುಟ ೨೪೬.

೯. ಅದೇ. ಪುಟ ೨೪೬.

೧೦. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ನೋಟ ೨೦೧೬–೧೭, ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ವಿಭಾಗ, ಜಿಲ್ಲಾ ಸಂಖ್ಯಾ ಸಂಗ್ರಹಣಾಧಿಕಾರಿ, ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ, ಮಂಗಳೂರು. ಪುಟ ೭೦–೭೫.

೧೧. ಅದೇ.

೧೨. ಅದೇ.

೧೩. ಕೇಶವ್ ಉಚ್ಚಿಲ, "ಶತಮಾನದ ಬೀಸು ನೋಟ", ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಪ್ರಕಟನಾ ವಿಭಾಗ, ೨೦೦೦. ಪುಟ ೭೮.

೧೪. ನ.ಕೃ. ತಿಂಗಳಾಯ, "ಬ್ಯಾಂಕಿಂಗ್ ಉದ್ಯಮ", ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಪ್ರಕಟನಾ ವಿಭಾಗ, ೨೦೦೦. ಪುಟ ೧೧೭.

೧೫. ಸತ್ಯನಾರಾಯಣ್ ಭಟ್, "ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆಯುರ್ವೇದ ಪದ್ಧತಿಯ ಚರಿತ್ರೆಯ ಅವಲೋಕನ", ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಪ್ರಕಟನಾ ವಿಭಾಗ, ೨೦೦೦. ಪು. ೨೩೬.

೧೬. ಡಾ. ಬಿ.ಆರ್. ನಾಗೇಶ್, "ನಾಟಕ ಚಟುವಟಿಕೆ", ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಪ್ರಕಟನಾ ವಿಭಾಗ, ೨೦೦೦. ಪುಟ ೩೧೦.

೧೭. ಡಾ. ಪ್ರವೀಣ್ ಕೆ., "ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಸ್ಥಳಾಂತರ ಮತ್ತು ಪುನರ್‌ವಸತಿ – ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ವಿಶೇಷ ಆರ್ಥಿಕ ವಲಯದ ಒಂದು ಅಧ್ಯಯನ", ಅಪ್ರಕಟಿತ ಸಂಶೋಧನಾ ಪ್ರಬಂಧ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೧೬. ಪುಟ ೯೩.

೧೮. ಕ್ಯಾಸೆಲ್ ಜೆ., "ದ ಕಾಂಟ್ರಿಬ್ಯೂಷನ್ ಆಫ್ ದ ಸೋಷಿಯಲ್ ಎನ್ವಿರಾನ್‌ಮೆಂಟ್ ಟು ಹೋಸ್ಟ್ ರೆಸಿಸ್ಟೆಂಟ್", ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಎಪಿಡೊಮೊಲಾಜಿ. ಪುಟ ೯.

೧೯. ಜಾನ್ ಸ್ಟ್ರೀಟ್, "ನ್ಯಾಷನಲ್ ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಸೋಷಿಯಲ್ ರೈಟ್ಸ್ ಇನೀಷಿಯೇಟಿವ್ (ಎನ್.ಈ.ಎಸ್.ಆರ್.ಐ.) – ಹ್ಯೂಮನ್ ರೈಟ್ಸ್ ದ ಹೆಲ್ತ್ ಪ್ರೋಗ್ರಾಂ", ನ್ಯೂಯಾರ್ಕ್ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್. ಪುಟ ೩೦೮.

೨೦. ಬೀನಾ ಅಗರ್‌ವಾಲ್, "ವರ್ಲ್ಡ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ರಿಪೋರ್ಟ್ – ೧೯೯೯", ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೨೯(೧೦). ಪುಟ ೧೨೨೩–೧೬೨೪.

ಅಧ್ಯಾಯ ನಾಲ್ಕು

ದಾದಿಯರ ಕುರಿತಾದ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯಾಧಾರಿತ ಮಾಹಿತಿ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮತ್ತು ಚರ್ಚೆ

- ಅಧ್ಯಯನದ ಸ್ಥಳ ಮತ್ತು ಆರಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಮಾದರಿ ನಮೂನೆ
- ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಅಳವಡಿಕೆ
- ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಕಾರ್ಯವೈಖರಿ
- ದಾದಿಯರ ತರಬೇತಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು
- ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರದ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ
- ದಾದಿಯರ ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳು
- ದಾದಿಯರ ಉತ್ತಮ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಸರಕಾರದ ಪಾತ್ರ
- ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಕುರಿತಾದ ಚರ್ಚೆಗಳು

ಅಧ್ಯಾಯ ನಾಲ್ಕು

ದಾದಿಯರ ಕುರಿತಾದ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯಾಧಾರಿತ ಮಾಹಿತಿ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮತ್ತು ಚರ್ಚೆ

ನಮಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಅಗತ್ಯವು ಬಹಳವಾಗಿ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆ. ಸಮಾಜದ ನಿಜವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಅಪೇಕ್ಷಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ನಡುವೆ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿದೆ. ಇದನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಸೇವೆಗಳ ನಿಬಂಧನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಸರಿದೂಗಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಬೇಡಿಕೆಯು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಸಮಸ್ಯೆಯ ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ.

ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಇಂದು ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯ ತೀವ್ರತೆಯು ಏರುತ್ತಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣ ಜನರಿಗೆ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಇರುವ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗೆ ನೀಡುವ ಪರಿಹಾರದ ಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಇರುವ ಶಿಕ್ಷಣದ ಜ್ಞಾನದ ಕೊರತೆ ಹಾಗೂ ಆದಾಯದ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರಿಗೆ ಕೈಗೆಟುಕದ ದುಬಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು. ಅಲ್ಲದೇ ಇದು ಸಮಾಜದ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಅಂಶಗಳೂ ಆಗಿವೆ. ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರಿಗೂ ತಲುಪುವಂತಹ ಸೇವೆಯನ್ನು ಸರಕಾರವುನೀಡುವುದು ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ ಅಲ್ಲದೇ ಖಾಸಗಿ ವಲಯದ ಹಣಕಾಸಿನ ನೆರವಿನಿಂದಲೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸೂಚ್ಯಂಕದ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯ ಪ್ರಕಾರ, "ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸೂಚ್ಯಂಕವು ಮಾನವನ ಜೀವಿತಾವಧಿಯನ್ನು ಒಂದು ಅಂಶವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಿದೆ. ಆದರೆ ಇದು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಸಮರ್ಪಕವಾದ ಮಾಪನವಲ್ಲ. ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಯುತ ಆರೋಗ್ಯವಾದ ಜೀವನವೇ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಸಮರ್ಪಕ ಸೂಚ್ಯಂಕವಾಗಿದೆ."[೧]

ಇಪ್ಪತ್ತೊಂದನೆಯ ಶತಮಾನದ ಈ ಕಾಲಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಪಂಚದ ಜ್ಞಾನವು ಇನ್ನಷ್ಟು ವಿಸ್ತರಿಸಿದೆ. ಉದಾ: ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಸೂಚಿಸಿರುವ ಹೊಸ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನದ ಪ್ರಕಾರ "ಆರೋಗ್ಯವು ಮಾನವನ ಪ್ರತಿನಿತ್ಯದ ಜೀವನಕ್ಕೆ ಬೇಕಾಗುವ ಅಗತ್ಯವಾದ

ಸಂಪನ್ಮೂಲವಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದುವುದು ಜೀವನದ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ. ಇದು ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಭೌತಿಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳನ್ನು ಒತ್ತಿ ಹೇಳುವ ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಅಪಾಯಗಳು ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಿಂದ ರಚಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ ಮತ್ತು ನಿರ್ವಹಿಸಲ್ಪಡುತ್ತದೆ. ಈ ಅಪಾಯಗಳ ಪ್ರಮಾಣವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಅಸಮಾನತೆಯಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆ."[೨]

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ವಿತರಣೆ

ಸುಸಜ್ಜಿತ ಸಮಾಜದ ನಿರ್ಮಾಣಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಜನಸಮುದಾಯವು ಅತ್ಯಗತ್ಯ. ಬಡತನ, ಅಸಮಾನತೆ, ನಿರುದ್ಯೋಗ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಉದ್ಯೋಗಾವಕಾಶಗಳ ಕೊರತೆ, ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ, ರಾಜಕೀಯ ಅಂಶಗಳು ಆಂತರಿಕವಾಗಿ ಹಾಗೂ ಬಹಿರಂಗವಾಗಿ ಕಾರಣೀಭೂತವಾಗಿರುವ ಇನ್ನಿತರ ಕೆಲವೊಂದು ಅಂಶಗಳು ಆರ್ಥಿಕ ಪ್ರಗತಿಗೆ ಎದುರಾಗುವ ಬಹುದೊಡ್ಡ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಾಗಿವೆ. ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಆದಾಯ ಮಿತಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಜೀವನ ನಡೆಸುತ್ತಿರುವವರನ್ನು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಹಿಂದುಳಿದವರೆಂದು ನಾವು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು. ಆದಾಯದ ಅಸಮಾನತೆ ಅಥವಾ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಯು ಬಡವರನ್ನು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಂದ ವಂಚಿತರನ್ನಾಗಿಸಿದೆ. ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಸರಕಾರವು ಶೂನ್ಯ ಶುಲ್ಕದಲ್ಲಿ ನೀಡುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಎಲ್ಲಾ ವರ್ಗದವರನ್ನು, ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಬಡವರ್ಗದ ಜನರನ್ನು ತಲುಪುವುದು ಅತೀ ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿಯೇ ಆಗಲಿ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿಯೇ ಆಗಲಿ, ಸರಕಾರವು ನೀಡುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಯಾವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕು ಎಂದರೆ ಸಮಾಜದ ತಳಮಟ್ಟದ ಹಾಗೂ ಬಡ ವರ್ಗದವರಿಗೂ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ತಲುಪುವಂತಿರಬೇಕು.

ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಸರಕಾರವು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಪೂರೈಸುವ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವು ಒಂದು ಪ್ರಮುಖವಾದ ಅಂಶ. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಸಮರ್ಪಕವಾದ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಬಳಕೆಯು ಅತೀ ಅಗತ್ಯ. ಏಕೆಂದರೆ, ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮೇಲೆ ಮಾಡಲಾಗುವ ಹೂಡಿಕೆಯು ಉಳಿದ ದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಅತೀ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಅತೀ ಕಡಿಮೆ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಪೂರೈಸುವ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಸಮರ್ಪಕ ಗುರಿಯನ್ನು ಮುಟ್ಟುವಲ್ಲಿ ಮಹತ್ತರ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತದೆ.

ಪ್ರಪಂಚದಾದ್ಯಂತ ಇರುವ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ರಚನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಗಮನವನ್ನು ಸೆಳೆದಿರುವ ಅಂಶವೆಂದರೆ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ನಿರ್ವಹಣೆ. ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತಿರುವ ಹೂಡಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಮೂರು ಅಂಶಗಳನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಬಹುದು. ಅವುಗಳೆಂದರೆ, ಭೌತಿಕ ಬಂಡವಾಳ, ಉಪಭೋಗ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ.

ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಬಗ್ಗೆ ನಾವು ಅರ್ಥೈಸಿದಾಗ ಇಲ್ಲಿ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಹಾಗೂ ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಅಲ್ಲದ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುವ ನೌಕರ ವರ್ಗವು ವ್ಯಕ್ತಿಗತವಾಗಿ ಹಾಗೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಹೇಗೆ ತನ್ನ ಕೊಡುಗೆಯನ್ನು ನೀಡಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಬಹುದು. ಏಕೆಂದರೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮೇಲೆ ಮಾಡಲಾಗುವ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಹೂಡಿಕೆಯು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಲು ಜ್ಞಾನ, ವೃತ್ತಿ ಕೌಶಲ್ಯ, ಪ್ರೇರಣೆ ಮತ್ತು ಸರಿಯಾದ ಗುರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ ಮಾತ್ರ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡಲು ಸಾಧ್ಯ. ಅಲ್ಲದೇ, ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಹಾಗೂ ಭೌತಿಕ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ನಡುವೆ ಸರಿಯಾದ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಇದ್ದರೆ ಮಾತ್ರ ಸಮರ್ಪಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯು ಸಾಧ್ಯ.ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಪ್ರಸ್ತುತ ಜಾಗತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಹಾಗೂ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು ಉದ್ಭವಿಸಿವೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಕ್ಕೆ ನೀಡಲಾಗುವ ತರಬೇತಿಗಳು, ನೀಡುವ ಸೌಕರ್ಯಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತದೆ.

ಇನ್ನೊಂದು ಮುಖ್ಯ ಅಂಶವೆಂದರೆ, ಜಾಗತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಒಂದು ದೇಶದ ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಆ ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಮೇಲೆ ನಿರ್ಧರಿತವಾಗಿದೆ. ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಒಟ್ಟು ದೇಶೀಯ ಉತ್ಪನ್ನವನ್ನು (ಜಿಡಿಪಿ) ಹೊಂದಿರುವ ದೇಶವು ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳ ಮೇಲೆ ಹೂಡಿಕೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಒಂದು ದೇಶದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಕೂಡಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಮಾನವ ಬಂಡವಾಳವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ, ಭೌತಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಪರಿಸರ ಕೂಡಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಹೂಡಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಅಂಶಗಳಾಗಿವೆ.[೩]

ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವು ಖಾಸಗಿ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಒಂದು ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರವಾಗಿದೆ. ಇದು ವೈಯಕ್ತಿಕ ರೋಗ ನಿವಾರಕ, ರೋಗ ಪ್ರತಿಬಂಧಕ, ರೋಗ ತಡೆಗಟ್ಟುವಿಕೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣಾ ಸೇವೆಗಳು, ಸಂಶೋಧನೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ಒಂದು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಾಗಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ ಹಲವಾರು ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿದ್ದು ಬೇಡಿಕೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಮಾನವ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಪೂರೈಕೆ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಭಾರತವು ಕಠಿಣ ಸವಾಲುಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದೆ. ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಸಾಂದ್ರತೆಯು ದೇಶದ ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಹಾಗೂ ಶಿಶು ಮರಣದ ಅನುಪಾತನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಸುಧಾರಣೆಗಳ ಹೊರತಾಗಿಯೂ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಎಚ್.ಆರ್.ಎಚ್ (ಹ್ಯೂಮನ್ ರಿಸೋರ್ಸ್ ಫಾರ್ ಹೆಲ್ತ್)ಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ ಕೆಲವೊಂದು ನಿಯೋಜನೆಗಳಿದ್ದು, ಅದರಲ್ಲೂ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮಿಷನ್ (ಎನ್.ಆರ್.ಎಚ್.ಎಂ) ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದು ಈ ಸಂಬಂಧವಾಗಿ ಕಳಪೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುವಂತಹ ಕೆಲವು ರಾಜ್ಯಗಳು ಎಚ್.ಆರ್.ಎಚ್‌ಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿವೆ.

ಅದರಲ್ಲಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಶಕ್ತಿಯ ಕೊರತೆಯಿದ್ದು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಬಹಳ ಹಿನ್ನಡೆಯುಂಟಾಗಿದೆ. ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾದ ತರಬೇತಿ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಕೊರತೆ, ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಅಸಮರ್ಪಕ ತರಬೇತಿ, ಅನುಚಿತ ನಿಯೋಜನೆ, ಅಸಮರ್ಥ ಕೌಶಲ್ಯಗಳು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕಳಪೆ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಉತ್ತಮ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಸರಕಾರವು ವಿಫಲವಾಗಿದೆ ಎಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು. ಇದು ದೇಶದ ಒಟ್ಟಾರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚಿಯ ಕಳಪೆ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸಾಧನೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ.

ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನವು ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ದಾದಿಯರ ಕುರಿತು ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ನಡೆಸಿದ್ದು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಇವರ ಕೊಡುಗೆಗಳು, ಇವರ ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ, ವೃತ್ತಿ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಇವರು ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ೯೩ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿದ್ದು, ೮೨೭ ದಾದಿಯರು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಅಧ್ಯಯನದ ಸ್ಥಳ ಮತ್ತು ಆರಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಮಾದರಿ ನಮೂನೆ

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಮಂಗಳೂರು, ಬಂಟ್ವಾಳ, ಸುಳ್ಯ, ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ ಮತ್ತು ಪುತ್ತೂರು ತಾಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ತಾಲೂಕು ಹಾಗೂ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವದಾದಿಯರನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಲೆಹಾಕಲಾಗಿದೆ.

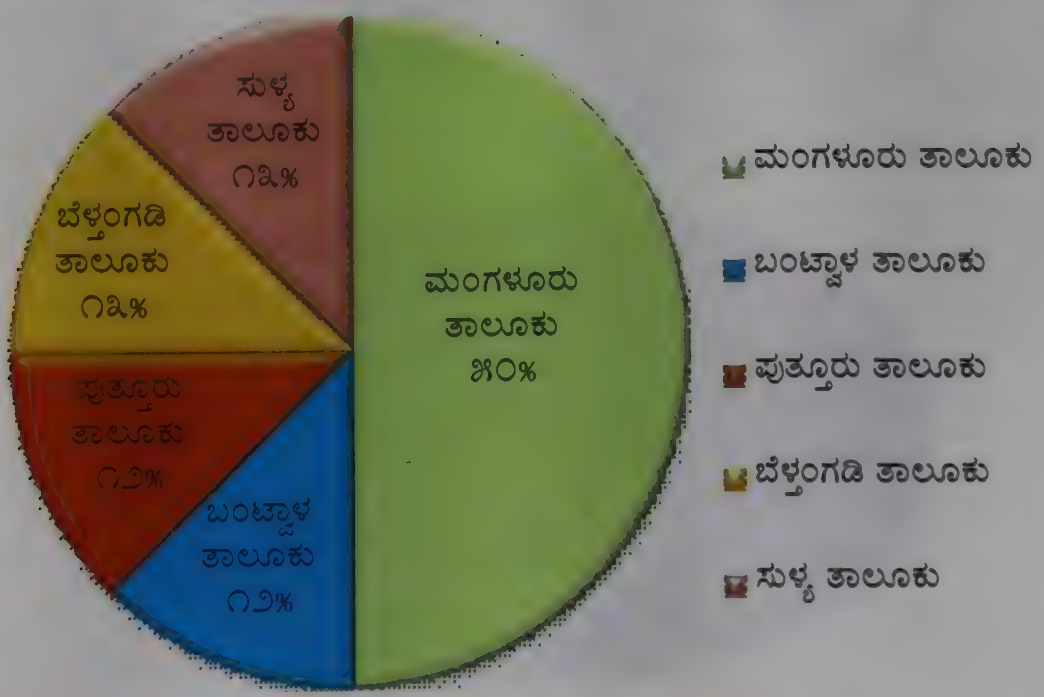
ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ದಾದಿಯರ ಕಾರ್ಯವ್ಯಾಪ್ತಿ, ವೃತ್ತಿ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಅವರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕತೆಯ ಅಂಶಗಳ ಮೇಲೆ ಬೆಳಕು ಚೆಲ್ಲಲಾಗಿದೆ. ಅಧ್ಯಯನವು ದಾದಿಯರನ್ನು ಪ್ರಮುಖ ಕೇಂದ್ರ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವಾಗಿರಿಸಿಕೊಂಡು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮೇಲೆ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸುವ ವಿಚಾರದ ಮೇಲೆ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಗಮನವನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತದೆ.

ಜಿಲ್ಲೆಯ ಐದು ತಾಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ೪೦೦ ದಾದಿಯರನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸಿದ್ದು, ಸರಳ ಯಾದೃಚ್ಛಿಕ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿ ಸಂರಚಿತ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ, ಗುಂಪು ಚರ್ಚೆ, ಅವಲೋಕನ ಮತ್ತು ಸಂದರ್ಶನದ ಮೂಲಕ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಲೆಹಾಕಲಾಗಿದೆ. ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿದ್ದು ದೊರೆತ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕ ಮತ್ತು ರೇಖಾಚಿತ್ರಗಳ ಜೊತೆಗೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಸಂದರ್ಶನದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಗರಿಷ್ಠ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದ್ದು, ಮಾಹಿತಿದಾರರನ್ನು ಆದಷ್ಟು ನೇರವಾಗಿ ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ ನಿಖರವಾದ ಹಾಗೂ ಸ್ಪಷ್ಟವಾದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾದ ಸ್ಥಳ ಹಾಗೂ ಮಾದರಿಯ ನಮೂನೆಯ ವಿವರಗಳು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿವೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೧. ಅಧ್ಯಯನದ ಸ್ಥಳ ಮತ್ತು ಆರಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಮಾದರಿ ನಮೂನೆ

ಕ್ರಸಂ.	ಅಧ್ಯಯನ ಪ್ರದೇಶದ ಹೆಸರು	ಸಂದರ್ಶಿಸಿಲ್ಪಟ್ಟ ದಾದಿಯರ		ಸಂದರ್ಶಿಸಿಲ್ಪಟ್ಟ ಒಟ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ
		ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ	
೧	ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕು	೨೦೦	೫೦	೩೨
೨	ಬಂಟ್ವಾಳ ತಾಲೂಕು	೫೦	೧೨.೫	೧೬
೩	ಪುತ್ತೂರು ತಾಲೂಕು	೫೦	೧೨.೫	೧೨
೪	ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ ತಾಲೂಕು	೫೦	೧೨.೫	೧೦
೫	ಸುಳ್ಯ ತಾಲೂಕು	೫೦	೧೨.೫	೬
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦	೭೬



ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕು ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವಂತಹ ತಾಲೂಕು ಆಗಿದ್ದು ಒಟ್ಟು ೩೫ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಒಂದು ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವೂ ಸೇರಿದೆ. ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಅಧಿಕ(೨೦೦) ದಾದಿಯರನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಉಳಿದಂತೆ ಬಂಟ್ವಾಳ ತಾಲೂಕು, ಪುತ್ತೂರು ತಾಲೂಕು, ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ ತಾಲೂಕು ಹಾಗೂ ಸುಳ್ಯ ತಾಲೂಕುಗಳ ದಾದಿಯರನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಲೆಹಾಕಲಾಗಿದೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕನ್ನು ನಗರ ಕೇಂದ್ರವಾಗಿ ಹಾಗೂ ಉಳಿದ ತಾಲೂಕುಗಳನ್ನು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗಗಳ ಅಧ್ಯಯನ ಭಾಗವಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಅನುಕೂಲವಾಗುವಂತೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಲೆಹಾಕಲಾಗಿದೆ.

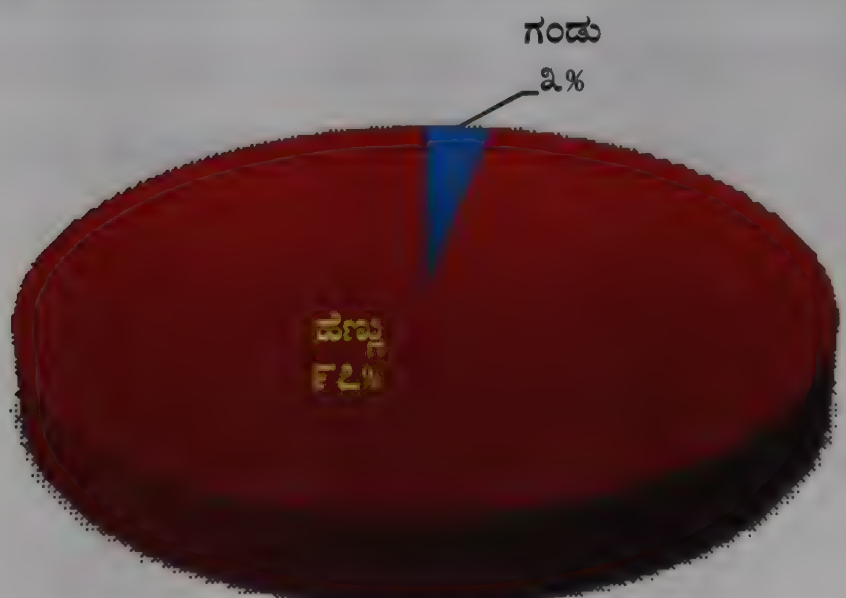
ಮಾಹಿತಿದಾರರ ಲಿಂಗ, ವಯಸ್ಸು, ಧರ್ಮ, ಜಾತಿ, ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಾನಮಾನಾಧಾರಿತ ವಿವರಗಳು:

೪.೨.೧ ಮಾಹಿತಿದಾರರ ಲಿಂಗಾಧಾರಿತ ವಿವರ

ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಧ್ಯಯನಗಳ ಪ್ರಕಾರ, ಪ್ರಪಂಚದಾದ್ಯಂತ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಗುರುತಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದು, ಪುರುಷ ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ದಾದಿಯರ ಅನುಪಾತವು ೧:೯ ಆಗಿರುತ್ತದೆ. ಭಾರತವು ಕೂಡಾ ಅಧಿಕ ಮಹಿಳಾ ದಾದಿಯರನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಇದು ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿಯೂ ಈ ಅಂಶವು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೨.೧. ಮಾಹಿತಿದಾರರ ಲಿಂಗಾಧಾರಿತ ವಿವರಗಳು

ಕ್ರಸಂ.	ಲಿಂಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಗಂಡು	೧೨	೩
೨	ಹೆಣ್ಣು	೩೮೮	೯೭
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦





ಮಹಿಳೆಯರು ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಆಕರ್ಷಿತರಾಗಲು ಹಲವಾರು ಕಾರಣಗಳಿರುವುದು ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಧ್ಯಯನಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುವ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರ ದೇಹದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ನಿರ್ಮಿಸಿದ ಲಿಂಗ ಪಾತ್ರಗಳು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯೇ ಅತ್ಯಂತ ಸೂಕ್ತ ವೃತ್ತಿಯೆಂದು ಸಾಬೀತುಪಡಿಸಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಕೆಲಸದ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಭಾವನಾತ್ಮಕವಾಗಿ ದುಃಖ ಮತ್ತು ಬಳಲಿಕೆಯ ಮೂಲವೆಂದು ಹಲವಾರು ಬಾರಿ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.[೫]

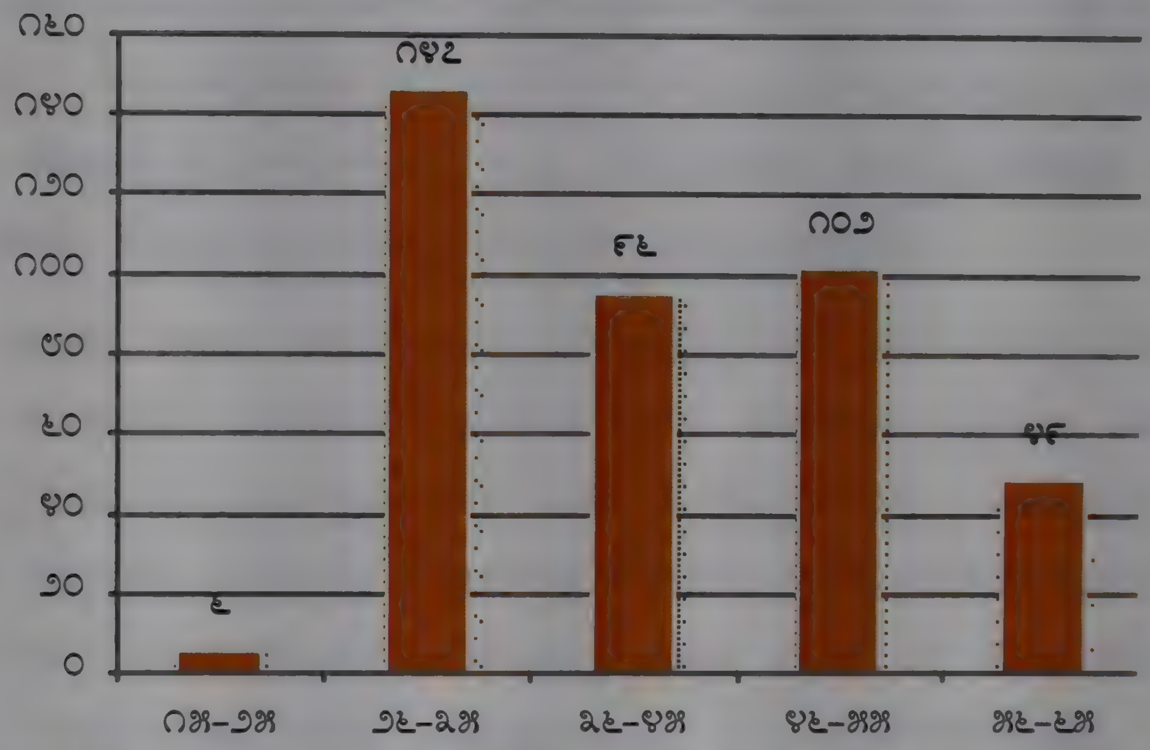
ದಾದಿ ವೃತ್ತಿಯು ಹಿಂದಿನಿಂದಲೂ ಕಡಿಮೆ ವೇತನವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದ ಕಾರಣ ಬಡತನದಿಂದ ಬೆಂದು ನಲುಗಿ ಹೋದ ಬಡ ಕುಟುಂಬದ ಕನಿಷ್ಠ ಶಿಕ್ಷಣ ಹೊಂದಿದ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳು, ಕುಟುಂಬ ಪೋಷಣೆಯ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಈ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಆಯ್ದುಕೊಂಡಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ನರ್ಸಿಂಗ್ ಪದವಿ ಕಾಲೇಜುಗಳಿದ್ದು, ವರ್ಷಂಪ್ರತಿ ಹಲವಾರು ಪದವೀಧರರನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿ ಮಾಡುತ್ತಿದೆ. ಇದುಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ನಿರುದ್ಯೋಗದ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ತಂದೊಡ್ಡಿರುವುದು ಆತಂಕದ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ೪೦೦ ದಾದಿಯರನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸಿದ್ದು, ಅವರಲ್ಲಿ ೯೭% ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರು ಹಾಗೂ ೩% ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಹೆಚ್ಚು ಮಹಿಳಾ ದಾದಿಯರೇ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಹುದ್ದೆಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಪುರುಷ ದಾದಿಯರ ಸಂಖ್ಯೆ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ವಿರಳವಾಗಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಪುರುಷರು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ದಾದಿ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲು ಹಿಂದೇಟು ಹಾಕುತ್ತಿದ್ದು, ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಪುರುಷ ದಾದಿಯರು ಹೊರ ಜಿಲ್ಲೆಯವರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ತಳಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಪುರುಷ ದಾದಿಯರ ತೀವ್ರ ಕೊರತೆಯಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳು ಯಾರೂ ಮುಂದೆ ಬಾರದ ಕಾರಣ ಹೊರಜಿಲ್ಲೆಯ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳು ನೇಮಕಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದು, ಅವರು ಒಂದೆರಡು ವರ್ಷ ಕೆಲಸ ಮಾಡಿ, ತಮ್ಮ ಊರಿಗೆ ವರ್ಗಾವಣೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡು ತೆರಳುತ್ತಾರೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಪುರುಷ ದಾದಿಯರ ಕೊರತೆಯು ತೀವ್ರವಾಗಿದೆ.

೪.೨.೨ ಮಾಹಿತಿದಾರರ ವಯಸ್ಸಾಧಾರಿತ ಮಾಹಿತಿ

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೨.೨ ಮಾಹಿತಿದಾರರ ವಯಸ್ಸಾಧಾರಿತ ಮಾಹಿತಿ

ಕ್ರ.ಸಂ.	ವಯಸ್ಸು	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	೧೫-೨೫	೬	೧.೫
೨	೨೬-೩೫	೧೪೭	೩೬.೭೫
೩	೩೬-೪೫	೯೬	೨೪
೪	೪೬-೫೫	೧೦೨	೨೫.೫
೫	೫೬-೬೫	೪೯	೧೨.೨೫
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦



ಸಂದರ್ಶಿಸಿದ ಒಟ್ಟು ಮಾಹಿತಿದಾರರಲ್ಲಿ ೧೪೭ ಮಂದಿ (೩೬.೭೫%) ೨೫ರಿಂದ ೩೫ರ ನಡುವಿನ ವಯೋಮಾನದವರಾಗಿದ್ದು, ಸಂದರ್ಶಿತರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ನಡುವಯೋಮಾನದವರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ೪೬ರಿಂದ ೫೫ ವರ್ಷದ ವಯೋಮಾನದವರು ೧೦೨(೨೫.೫೦%) ಮಂದಿಯಿದ್ದು, ಹೆಚ್ಚಿನವರು ನಿವೃತ್ತಿಯ ಅಂಚಿನಲ್ಲಿರುವುದು ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ೩೬ರಿಂದ ೪೫ರ ವಯೋಮಾನದವರು ೯೬ (೨೪%) ಮಂದಿಯಿದ್ದು, ೧೫ರಿಂದ ೨೫ರ ವಯೋಮಾನದವರು ಕೇವಲ ೬ (೧.೫%) ಮಂದಿ ಇರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ೫೬ರಿಂದ ೬೫ ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನವರು ೪೯ (೧೨.೨೫%) ಮಂದಿಯಿದ್ದು, ಕೆಲವರ ನಿವೃತ್ತಿಗೆ ಕೆಲವೇ ವರ್ಷಗಳು ಅಥವಾ ತಿಂಗಳುಗಳು ಬಾಕಿ ಇರುತ್ತದೆ. ದಾದಿಯರ ನೇಮಕಾತಿಯಲ್ಲಿ ಸರಕಾರದ ವಿಳಂಬ ಧೋರಣೆಯು ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಹುದ್ದೆಗಳು ಭರ್ತಿಯಾಗದಿರಲು ಕಾರಣವಾಗಿದೆ.



ಇದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ, ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಮುಗಿಸಿ ನರ್ಸಿಂಗ್ ತರಬೇತಿ ಪಡೆದು ದಾದಿಯರಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ೫೪(೧೩.೫%) ಮಂದಿಯಿದ್ದು, ಇವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಹಿರಿಯ ದಾದಿಯರಾಗಿದ್ದು, ನಿವೃತ್ತಿಯ ಅಂಚಿನಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ. ಸಣ್ಣ ವಯಸ್ಸಿನವರು, ಕಲಿಕೆಯನ್ನು ಅರ್ಧಕ್ಕೆ ನಿಲ್ಲಿಸಿ ವೃತ್ತಿಗೆ ಸೇರಿದ ನಂತರ ಅನೇಕ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಕಲಿಕೆಯನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಉತ್ತಮ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಾಗಿದೆ. ಆದರೆ, ದಾದಿಯರ ಸೇವೆಗೆ ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ ಶಿಕ್ಷಣ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದ್ದರೂ, ಹೆಚ್ಚಿನ ಹಿರಿಯ ದಾದಿಯರು ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ ನಂತರದ ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸವನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಲು ಅನಾಸಕ್ತಿ ತೋರುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ, ಸರಕಾರವು ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಕಂಪ್ಯೂಟರ್ ದಾಖಲೀಕರಣ ಕಡ್ಡಾಯಗೊಳಿಸಿರುವುದರಿಂದ ಕಂಪ್ಯೂಟರ್ ತರಬೇತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿನ ದಾದಿಯರು ಪಡೆದಿರುವುದು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ.

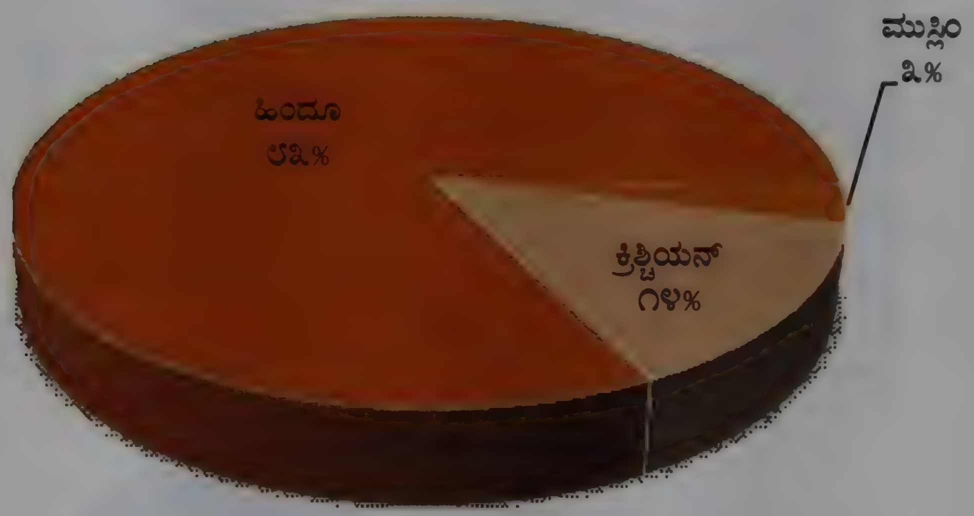
ಸಂಶೋಧಕರಾದ ಡಾ. ವೆಂಕಟೇಶ್ ಎಸ್. ಪೂಜಾರ್‌ರವರು, “ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ – ಗದಗ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ” ಎಂಬ ತನ್ನ ಸಂಶೋಧನಾ ಕೃತಿಯ ಫಲಿತಗಳಲ್ಲಿ, ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಸೂಕ್ತ ತರಬೇತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಹಾಗೂ ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ಕೊರತೆ ಹೊಂದಿರುವುದರ ಕುರಿತು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿರುತ್ತಾರೆ೭.

ದಾದಿಯರ ಶಿಕ್ಷಣದ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಏರಿಸಲಾಗಿದ್ದು, ಸೂಕ್ತ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದು ಹಾಗೂ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ಅವರಿಗೆ ಪರಿಪೂರ್ಣ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಸರಕಾರವು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿದೆ. (ಎನ್.ಆರ್.ಎಚ್.ಎಂ ಮಿಷನ್ ಪ್ರೋಗ್ರಾಂ). ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಶಿಕ್ಷಣದ ಕುರಿತಂತೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದಾಗ ಈಗಿನ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಹತ್ತನೇ ತರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕಗಳನ್ನು ಗಳಿಸಿದ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಗೆ ನೇಮಕಗೊಳಿಸಲಾಗುವುದು, ಅಲ್ಲದೇ ತರಬೇತಿಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿಯೂ ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಬೇಕು. ಶುಶ್ರೂಷಾ ಸಂಬಂಧಿತ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಪಡೆಯದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಮುಂಬಡ್ತಿ ನೀಡುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ದಾದಿಯರ ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಆರೋಗ್ಯ ಗುಣಮಟ್ಟ ಕಳಪೆಯಾಗಿರುವುದಕ್ಕೆ ದಾದಿಯರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹಾಗೂ ತರಬೇತಿಯ ಕೊರತೆ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

೪.೨.೩ ಮಾಹಿತಿದಾರರ ಧರ್ಮಾಧಾರಿತ ವಿವರಗಳು

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೨.೩. ಮಾಹಿತಿದಾರರ ಧರ್ಮಾಧಾರಿತ ವಿವರಗಳು

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಧರ್ಮ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಹಿಂದೂ	೩೩೧	೮೨.೭೫
೨	ಮುಸ್ಲಿಂ	೧೩	೩.೨೫
೩	ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್	೫೬	೧೪
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦



ಪ್ರಪಂಚದಾದ್ಯಂತ ದಾದಿ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ ಧರ್ಮದ ಮಹಿಳೆಯರು ಅಧಿಕವಾಗಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದು, ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಪೂರ್ವ ಭಾರತದಲ್ಲೂ ಮಿಷನರಿಗಳಿಂದ ಮತಾಂತರಗೊಳಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಕೆಳವರ್ಗದ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಗೆ ತೊಡಗಿಸಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಕೇರಳ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕಾಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಕೊಡುವ ಸವಲತ್ತುಗಳು ಹೆಚ್ಚು ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿನಿಯರನ್ನು ಸೆಳೆಯುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ಆ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಅಧಿಕವಾಗಿದ್ದು, ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ ಧರ್ಮದ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿನಿಯರು ಈ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.[೬]

ಆದರೆ, ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಸಂದರ್ಶಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ದಾದಿಯರಲ್ಲಿ ೩೩೧ (೮೨.೭೫%) ಮಂದಿ ಹಿಂದೂ ಧರ್ಮಕ್ಕೆ ಸೇರಿದವರಾಗಿದ್ದು, ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ ಧರ್ಮಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ದಾದಿಯರು ಕೇವಲ ೫೬(೧೪%) ಮಂದಿಯಿದ್ದು, ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ ಧರ್ಮದವರು ಶುಶ್ರೂಷಾ ಸೇವೆಯನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಇತರ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಸಂದರ್ಶಿತರಲ್ಲಿ ಮುಸ್ಲಿಂ ಸಮುದಾಯದ ಮಹಿಳೆಯರು ಕೇವಲ ೧೩(೩.೨೫%) ಮಂದಿಯಿದ್ದು ಮುಸ್ಲಿಂ ಸಮುದಾಯವು ಶುಶ್ರೂಷಾ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ತಮ್ಮ ಉದ್ಯೋಗದ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸದಿರುವುದನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ. ಆದರೆ, ತನ್ನ ಕಠಿಣ ಸಂಪ್ರದಾಯಗಳ ಹೊರತಾಗಿಯೂ

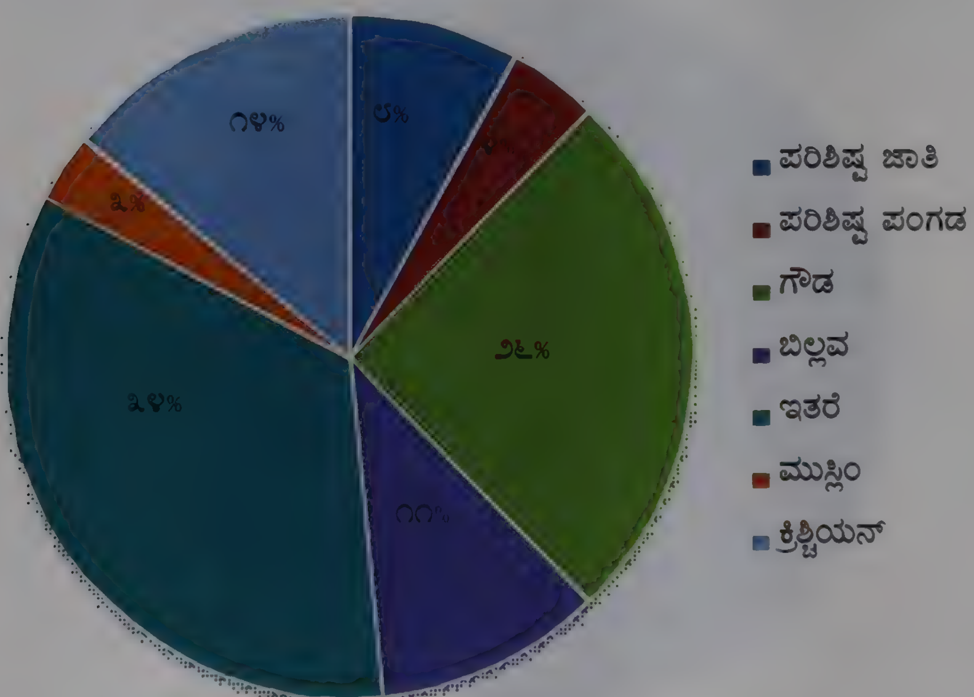


ಮುಸ್ಲಿಂ ಸಮುದಾಯದ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳು ದಾದಿ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವುದು ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ಮಹಿಳಾ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುತ್ತದೆ.

೪.೨.೪ ಮಾಹಿತಿದಾರರ ಜಾತಿಯಾಧಾರಿತ ಮಾಹಿತಿ

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೨.೪ ಮಾಹಿತಿದಾರರ ಜಾತಿಯಾಧಾರಿತ ವಿವರಗಳು

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಜಾತಿ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ	೩೨	೮
೨	ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡ	೧೭	೪.೨೫
೩	ಗೌಡ	೧೦೨	೨೫.೫
೪	ಬಿಲ್ಲವ	೪೩	೧೦.೭೫
೫	ಇತರೆ	೧೩೭	೩೪.೨೫
೬	ಮುಸ್ಲಿಂ	೧೩	೩.೨೫
೭	ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್	೫೬	೧೪
ಒಟ್ಟು		೪೦೦	೧೦೦



ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಸ್ಪಷ್ಟ ಹಾಗೂ ವಸ್ತುನಿಷ್ಠವಾಗಿ ಪಡೆಯುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಜಾತಿಗೆ ಸೇರಿದ ದಾದಿಯರಿಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಲೆಹಾಕಲಾಗಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಒಟ್ಟು ಮಾಹಿತಿಯ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ಗೌಡರ ಜಾತಿಗೆ ಸೇರಿದ ದಾದಿಯರು ೧೦೨ (೨೫.೫%) ಮಂದಿ, ಬಿಲ್ಲವ ಜಾತಿಗೆ ಸೇರಿದ ೪೩ (೧೦.೭೫%) ದಾದಿಯರು, ಮುಸ್ಲಿಂ ಜಾತಿಗೆ ಸೇರಿದ ೧೩ (೩.೨೫%), ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ ಜಾತಿಗೆ ಸೇರಿದ ೫೬ (೧೪%), ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿಗೆ ಸೇರಿದ ೩೨ (೮%), ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ೧೭ (೪.೨೫%) ದಾದಿಯರು ಹಾಗೂ ಇತರೆ ಜಾತಿ(ಬ್ರಾಹ್ಮಣ,

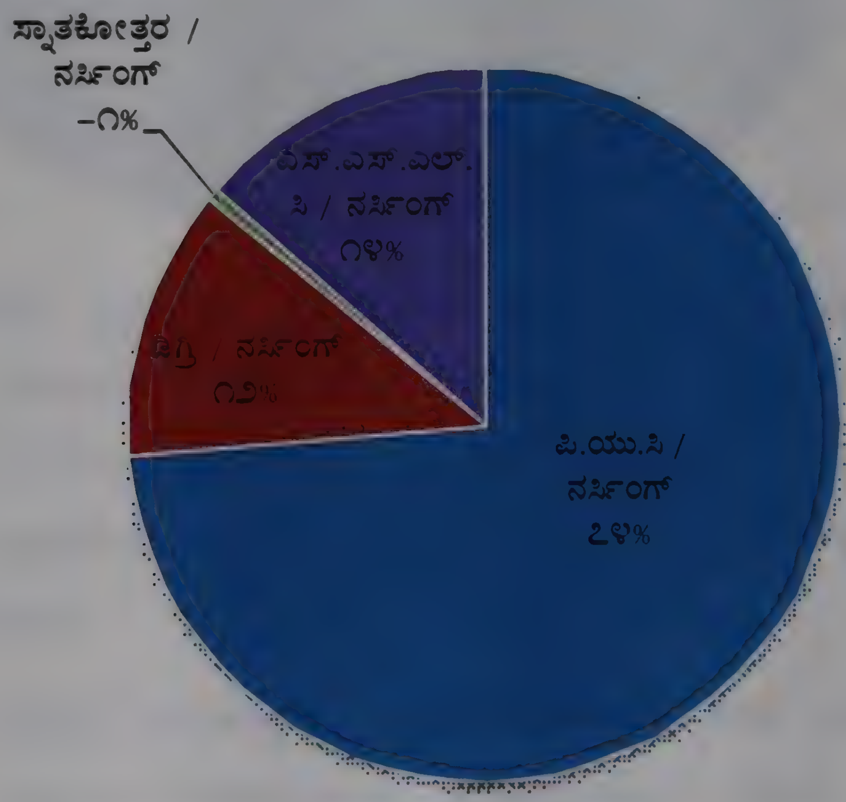


ಗಾಣಿಗ, ಬಂಟ, ಮೊಗವೀರ, ಮಣಿಯಾನಿ, ದೇವಾಡಿಗ)ಗಳಿಗೆ ಸೇರಿದ ೧೩೭ (೩೪.೨೫%) ಮಂದಿಯಿದ್ದಾರೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಜಾತಿಯ ಕುರಿತಂತೆ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಮಿಶ್ರ ಫಲಿತಾಂಶವು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

೪.೨.೫ ಮಾಹಿತಿದಾರರ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆಯ ವಿವರ

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೨.೫ ಮಾಹಿತಿದಾರರ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆಯ ವಿವರಗಳು

ಕ್ರ.ಸಂ.	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಪಿ.ಯು.ಸಿ / ನರ್ಸಿಂಗ್	೨೯೫	೭೩.೭೫
೨	ಡಿಗ್ರಿ / ನರ್ಸಿಂಗ್	೪೯	೧೨.೨೫
೩	ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ / ನರ್ಸಿಂಗ್	೨	೦.೫
೪	ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ / ನರ್ಸಿಂಗ್	೫೪	೧೩.೫
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦



ಜಿಲ್ಲೆಯ ಐದು ತಾಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿದಾಗ ಹೆಚ್ಚಿನ ದಾದಿಯರು ಅಂದರೆ ೨೯೫(೭೩.೭೫%) ಮಂದಿ ಪದವಿಪೂರ್ವ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಮುಗಿಸಿ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಂಡು ತರಬೇತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ ದಾದಿಯರಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಪದವಿ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಹೊಂದಿ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಕಾರ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ೪೯(೧೨.೨೫%) ಮಂದಿ ಆಯ್ದುಕೊಂಡರೆ, ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ಪದವಿ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಪಡೆದು ನರ್ಸಿಂಗ್ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಪಡೆದವರು ಸಂದರ್ಶಿತರಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ೨(೦.೫%) ಮಂದಿ



೪.೨.೬ ಮಾಹಿತಿದಾರರ ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಾನಮಾನ

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೨.೬ ಮಾಹಿತಿದಾರರ ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಾನಮಾನ

ಕ್ರಸಂ.	ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಾನಮಾನ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಅವಿವಾಹಿತೆ	೩೨	೮
೨	ವಿವಾಹಿತೆ	೩೬೧	೯೦.೨೫
೩	ವಿಧವೆ	೬	೧.೫
೪	ಪರಿತ್ಯಕ್ತ	೧	೦.೨೫
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦



ಮಾಹಿತಿದಾರರ ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಾನಮಾನದ ಕುರಿತಂತೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದಾಗ ಸಂದರ್ಶಿತರಲ್ಲಿ ೩೬೧(೯೦.೨೫%) ಮಂದಿ ದಾದಿಯರು ವಿವಾಹಿತರಾಗಿದ್ದು, ಅವಿವಾಹಿತರ ಸಂಖ್ಯೆ ಕೇವಲ ೩೨(೮%)ರಷ್ಟಿದೆ. ಆದರೆ, ವಿಧವೆ ಮತ್ತು ಪರಿತ್ಯಕ್ತ ಮಹಿಳೆಯರು ದಾದಿಯರ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಅನುಕ್ರಮವಾಗಿ ಕೇವಲ ೬(೧.೫%) ಮಂದಿ ಮತ್ತು ಓರ್ವ(೦.೨೫%) ಮಹಿಳೆ ಮಾತ್ರ ಕಾಣಸಿಗುತ್ತಾರೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಅಳವಡಿಕೆ:

ಆರೋಗ್ಯ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಪಡೆಯ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳಿಗೆ ಹೆಸರುವಾಸಿಯಾದ ಒಂದು ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನವನ್ನು ಈ ರೀತಿಯಾಗಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದು. "ಎಲ್ಲಾ ಜನರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ರಕ್ಷಿಸುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಉದ್ದೇಶದ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ."[೮] ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಪ್ರಕಾರ, ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವು ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿನ ಪ್ರಮುಖ ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರ ಹಾಗೂ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರ್ಯವ್ಯಾಪ್ತಿಯಾಗಿದೆ. ಇದು ವೈದ್ಯರು, ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕರು, ದಾದಿಯರು, ದಂತವೈದ್ಯರು, ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ವೃತ್ತಿಪರರು,

ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಇತರ ಪಾತ್ರಧಾರಿಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಾಹಕರು ಮತ್ತು ಬೆಂಬಲ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ, ಆರೋಗ್ಯ ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪೂರಕ ಸರಪಳಿ, ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ ಮತ್ತು ಇತರರನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಕ್ಷೇತ್ರವು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಯೋಜನೆ, ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆ, ನಿರ್ವಹಣೆ, ಧಾರಣಾ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಸಂಶೋಧನೆಯಂತಹ ವಿಷಯಗಳೊಂದಿಗೆ ವ್ಯವಹರಿಸುತ್ತದೆ.

ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಜನರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ನಿರ್ಣಾಯಕ ಪಾತ್ರದ ಬಗ್ಗೆ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸುವುದು ಅತೀ ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಜಾಗತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಸೂಚಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಪಡೆಯನ್ನು ಉನ್ನತ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿಟ್ಟಿರುವುದು ಬಹುಮುಖ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಭಾರತದ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಪೂರೈಕೆಯು ಅಷ್ಟೊಂದು ತೃಪ್ತಿದಾಯಕವಾಗಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಹಲವಾರು ಅಧ್ಯಯನಗಳ ಪರಾಮರ್ಶನದಿಂದ ಕಂಡುಕೊಂಡಂತಹ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಎಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವಲ್ಲಿ ಪರಿಣತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಒಂದು ವರ್ಗ. ರೋಗಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವುದು ಹಾಗೂ ಗುಣಪಡಿಸುವುದು ಇವರ ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯವಾಗಿದೆ. ಅಪೇಕ್ಷಿತ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ಅಗತ್ಯ ತರಬೇತಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳನ್ನು ಅಪೇಕ್ಷಿತ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಿಗೆ ಒದಗಿಸುವುದು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಪಡೆಯ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ. ಯಾವುದೇ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯು ಆ ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮಾನವ ಶಕ್ತಿಯ ಪೂರೈಕೆ ಹಾಗೂ ಅದರ ಮೂಲ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ.

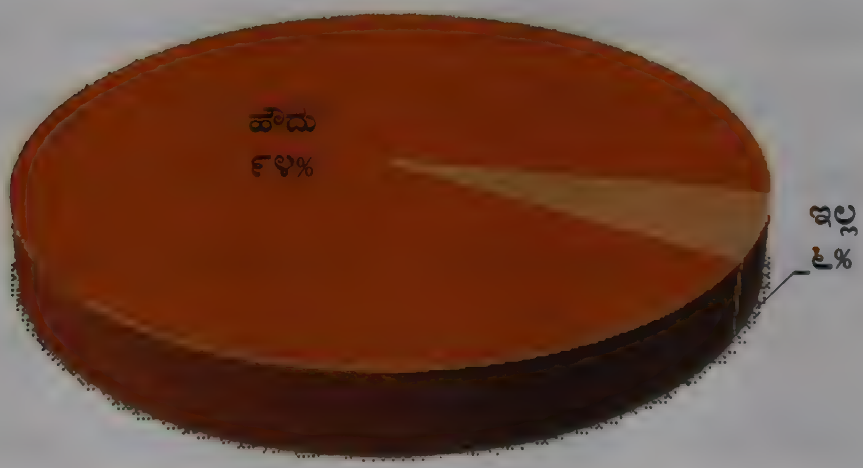
ಒಂದು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು, ದಾದಿಯರು, ಲ್ಯಾಬ್ ಟೆಕ್ನೀಷಿಯನ್, ಫಾರ್ಮಾಸಿಸ್ಟ್ ಹಾಗೂ ಕ್ಲರ್ಕ್ ಇರುವುದು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು, ಗುಮಾಸ್ತರು, ಲ್ಯಾಬ್ ಟೆಕ್ನಿಷಿಯನ್ ಮತ್ತು ಫಾರ್ಮಾಸಿಸ್ಟ್‌ಗಳ ಕೊರತೆ ಇದೆ. ಹೆಚ್ಚು ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯುಳ್ಳ ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಹತ್ತಿರದ ಗ್ರಾಮಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಂದ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಇತರ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರ್ಗವು ತಾತ್ಕಾಲಿಕವಾಗಿ ನಿಯೋಜನೆಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದು, ಉಳಿದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರೇ ಎಲ್ಲಾ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಹೊರಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ ಇದೆ. ಸಂದರ್ಶಿತರಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಧಿಕ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದೇವೆಂದು ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

೨೦೧೫ರ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ಪ್ರಕಾರ, ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಲ್ಲಿ ಮಂಜೂರಾದ ಹುದ್ದೆಗಳ ಪೈಕಿ ಶೇ.೫.೨೧ ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ ಭರ್ತಿಯಾಗಿದೆ. ಗುಜರಾತ್, ಕರ್ನಾಟಕ, ರಾಜಸ್ಥಾನ, ತಮಿಳುನಾಡು, ಉತ್ತರಪ್ರದೇಶದಂತಹ ರಾಜ್ಯಗಳು ಅತೀವ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿವೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಪೂರೈಕೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ದಾದಿಯರ ಬಗೆಗಿನ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತನ್ನು ಕೊಡಲಾಗಿದೆ. ಸಂದರ್ಶನದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರಿಂದ ಕಲೆಹಾಕಿದ ಮಾಹಿತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಸಂದರ್ಶಿಸಿದ ೪೦೦ ದಾದಿಯರ ಪೈಕಿ ೬೦% ಮಂದಿ ಖಾಯಂ ವೈದ್ಯರ ಅನುಪಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಕಾರ್ಯದ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ, ಸಂದರ್ಶಿಸಿದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಖಾಯಂ ವೈದ್ಯರ ನೇಮಕಾತಿ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ, ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ತಂತ್ರಜ್ಞರು, ಗುಮಾಸ್ತರು ಹಾಗೂ ಔಷಧಿಕಾರರ ಕೊರತೆ ೭೦%ರಷ್ಟು ಇರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಅಷ್ಟೂ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರು ಹೊರುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೩ ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಕೊರತೆ ಇದೆಯೇ?

ಕ್ರಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಹೌದು	೩೭೭	೯೪.೨೫
೨	ಇಲ್ಲ	೨೩	೫.೭೫
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦



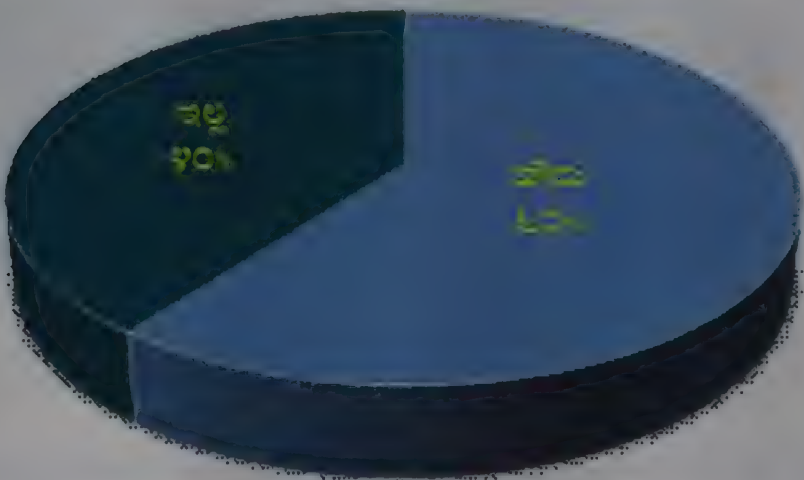
ಈ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕದ ಪ್ರಕಾರ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಸಂದರ್ಶಿಸಿದ ೪೦೦ ಮಂದಿ ದಾದಿಯರಲ್ಲಿ ೩೭೭(೯೪.೨೫%) ಮಂದಿ ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಅದರಲ್ಲೂ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಈ ಸಮಸ್ಯೆಯು ಅಧಿಕವಾಗಿದ್ದು, ಜನರಿಗೆ ತುರ್ತು ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯವಾಗುವುದರಿಂದ ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಜನರು ದಾದಿಯರ ಜೊತೆ ಸಂಘರ್ಷಕ್ಕೆ ಇಳಿಯುವ ಸಂದರ್ಭಗಳು ಎದುರಾಗುತ್ತವೆ.



ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರ್ಗವನ್ನು ನೇಮಿಸದಿರುವುದು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಾರ್ಯದೊತ್ತಡವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ನಿಗದಿತವಾಗಿ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಎಂಟು ಗಂಟೆಗಳ ಕಾರ್ಯಾವಧಿ ಇದ್ದು, ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ ಇದು ಕೇವಲ ನಾಮಕಾವಸ್ಥೆಯಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೪ ನಿಮ್ಮನ್ನು ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ / ಅನಿಯಮಿತವಾಗಿ ದುಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತಿದೆಯೇ?

ಕ್ರಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಹೌದು	೨೪೧	೬೦.೩
೨	ಇಲ್ಲ	೧೫೯	೩೯.೭
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦



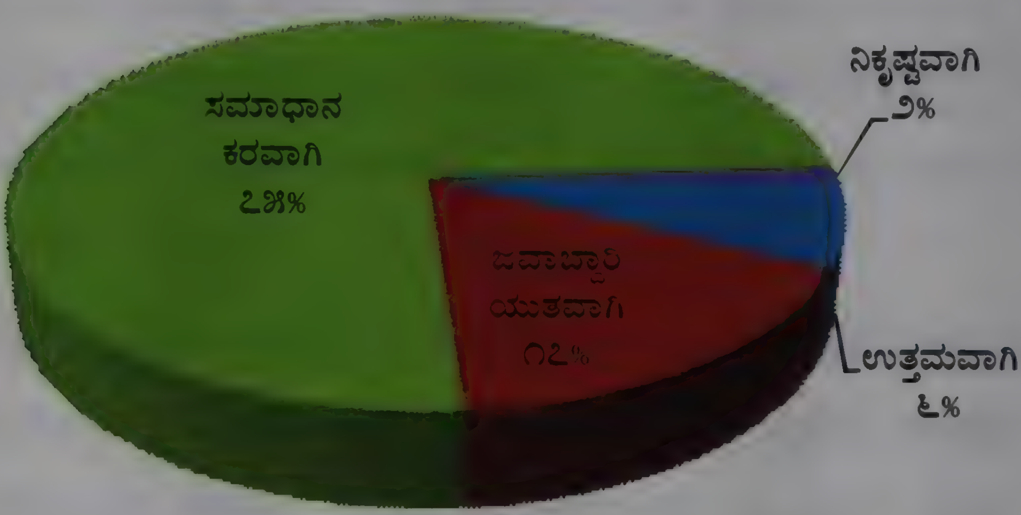
ದಾದಿಯರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದ ಕಾರ್ಯಾವಧಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ದುಡಿಯುತ್ತಿರುವುದು ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಂತಹ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವೆಂದರೆ, ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಾರ್ಯಭಾರ, ಬದಲಾಗುತ್ತಿರುವ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳು, ಮಳೆಗಾಲದಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ತೀವ್ರವಾದಾಗ ಅಧಿಕ ಕೆಲಸದ ಒತ್ತಡವು ಬಾಧಿಸುತ್ತದೆ.ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಹಾಗೂಇತರ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಅನುಪಸ್ಥಿತಿಯು ದಾದಿಯರನ್ನು ಅಧಿಕ ದುಡಿತಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಿದೆ.

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ದಾದಿಯರನ್ನು ಈ ಕುರಿತಂತೆ ಪ್ರಶ್ನಿಸಿದಾಗ ಶೇ. ೬೦.೩ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮನ್ನು ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ ದುಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದರೆ, ಉಳಿದ ಶೇ. ೩೯.೭ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.



ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೫ ನಿಮ್ಮನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಹೇಗೆ ದುಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ?

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಉತ್ತಮವಾಗಿ	೨೬	೬.೫
೨	ಜವಾಬ್ದಾರಿಯುತವಾಗಿ	೬೭	೧೬.೭೫
೩	ಸಮಾಧಾನಕರವಾಗಿ	೩೦೦	೭೫
೪	ನಿಕೃಷ್ಟವಾಗಿ	೭	೧.೭೫
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦



ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರನ್ನು ತಮ್ಮ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವ ರೀತಿಯಾಗಿ ದುಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಕೇಳಲಾಗಿ ೨೬(೬.೫%) ಮಂದಿ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮನ್ನು ಉತ್ತಮವಾಗಿ ದುಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ೬೭(೧೬.೭೫%) ಮಂದಿ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮನ್ನು ಜವಾಬ್ದಾರಿಯುತವಾಗಿ ದುಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಡುತ್ತಾರೆ. ಸಂದರ್ಶಿಸಿದ ದಾದಿಯರಲ್ಲಿ ೩೦೦(೭೫%) ಮಂದಿ ತಮ್ಮನ್ನು ಸಮಾಧಾನಕರವಾಗಿ ದುಡಿಸಿಕೊಳ್ಳ ಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರೆ, ೭(೧.೭೫%) ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮನ್ನು ನಿಕೃಷ್ಟವಾಗಿ ದುಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತಿದೆ ಎಂದು ತಮ್ಮ ಅನಿಸಿಕೆಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ತೃಪ್ತಿದಾಯಕವಾದ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ ಎಂಬುದು ಈ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಕಂಡುಕೊಂಡಂತಹ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಕಾರ್ಯವೈಖರಿ

ಹಲವಾರು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಕೊರತೆಯು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾಗಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ಒಂದು ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದೆ. ೨೦೦೨ರಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಯೂನಿಯನ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಸಿದ ಸಮೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ೬೪ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಶೇ. ೯೦ರಷ್ಟು ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಕೊರತೆಯನ್ನು ವರದಿ



ಮಾಡಿದೆ. ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಕೊರತೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಕಾರಣವಾಗುವ ಅಂಶವೆಂದರೆ ಕಾರಣಾಂತರಗಳಿಂದ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ತೊರೆಯುವ ದಾದಿಯರು. ಅನುಭವಿ ದಾದಿಯರು ವೃತ್ತಿ ತೊರೆದಾಗ ಹೊಸ ಪದವೀಧರ ದಾದಿಯರ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ನರ್ಸಿಂಗ್ ತರಬೇತಿಗೆ ಗಮನಾರ್ಹ ಬಂಡವಾಳ ಹೂಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಸಮಯದ ಕಾಲಾವಕಾಶ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಕೈಗಾರಿಕೀಕರಣಗೊಂಡ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಪದವಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ೩ ರಿಂದ ೫ ವರ್ಷಗಳ ವೃತ್ತಿಪರ ಶಿಕ್ಷಣದ ಅಗತ್ಯವಿರುತ್ತದೆ. ಹೊಸ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಪದವೀಧರರಲ್ಲಿ ಸೇವೆಯ ಉದ್ದೇಶ ಆರಂಭಿಕವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದ್ದರೂ ಸಹ ಅದೇ ಕೆಲಸದಲ್ಲಿ ಉಳಿಯಲು ಕಾರಣಾಂತರಗಳಿಂದ ತೊಂದರೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಾರೆ.

ವಯಸ್ಸು, ಕರ್ತವ್ಯ ಮತ್ತು ವೃತ್ತಿಬದ್ಧತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕೆಲಸದ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಶುಶ್ರೂಷಾ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರುಅನುಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಕೆಲವೊಂದು ಅತಿಯಾದ ಕಾಳಜಿಯ ರೋಗಿಗಳ ಪೋಷಕರೂ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಹೇರುತ್ತಾರೆ. ಈ ಕಾರಣದಿಂದ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ರಾಜೀನಾಮೆಯನ್ನು ಕೊಡುವ ದಾದಿಯರ ಸಂಖ್ಯೆಯೂ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಹರಿಪ್ರಸಾದ್ ಕಾಪ್ಲೆರವರ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ೨೫ರಿಂದ ೩೫ರ ವಯೋಮಾನದೊಳಗಿನ ದಾದಿಯರು ಅಧಿಕ ಕಾರ್ಯದೊತ್ತಡಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಾರೆ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರ್ೆ. ಕಡಿಮೆ ಸೇವಾವಧಿ, ಅನುಭವದ ಕೊರತೆ, ಕೆಲಸದ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಜ್ಞಾನದ ಕೊರತೆ ಹೊಂದಿರುವ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಈ ವಯೋಮಾನದ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಶ್ರಮದ ಕೆಲಸವನ್ನು ವಹಿಸುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಕಿರಿಯ ವಯಸ್ಸಿನ ದಾದಿಯರು ಕೆಲಸವನ್ನು ತೊರೆಯುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ, ಕಿರಿಯ ದಾದಿಯರು ವೈವಾಹಿಕ ಜೀವನಕ್ಕೆ ಪ್ರವೇಶಿಸಿದಾಗ ಹಾಗೂ ಹೊಸ ಕುಟುಂಬವನ್ನು ಕಟ್ಟುವ ಕಾರ್ಯದ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿರುವವರು ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಯಿಂದ ಸಾಕಷ್ಟು ತೊಂದರೆಗೊಳಗಾಗುತ್ತಾರೆ. ತಮ್ಮ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳಿಗೆ ತಾವು ಮಾಡುವ ವೃತ್ತಿಯು ಅಡ್ಡಿಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಭಾವನೆ ಬಂದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಕೆಲಸವನ್ನು ತ್ಯಜಿಸುತ್ತಾರೆ.

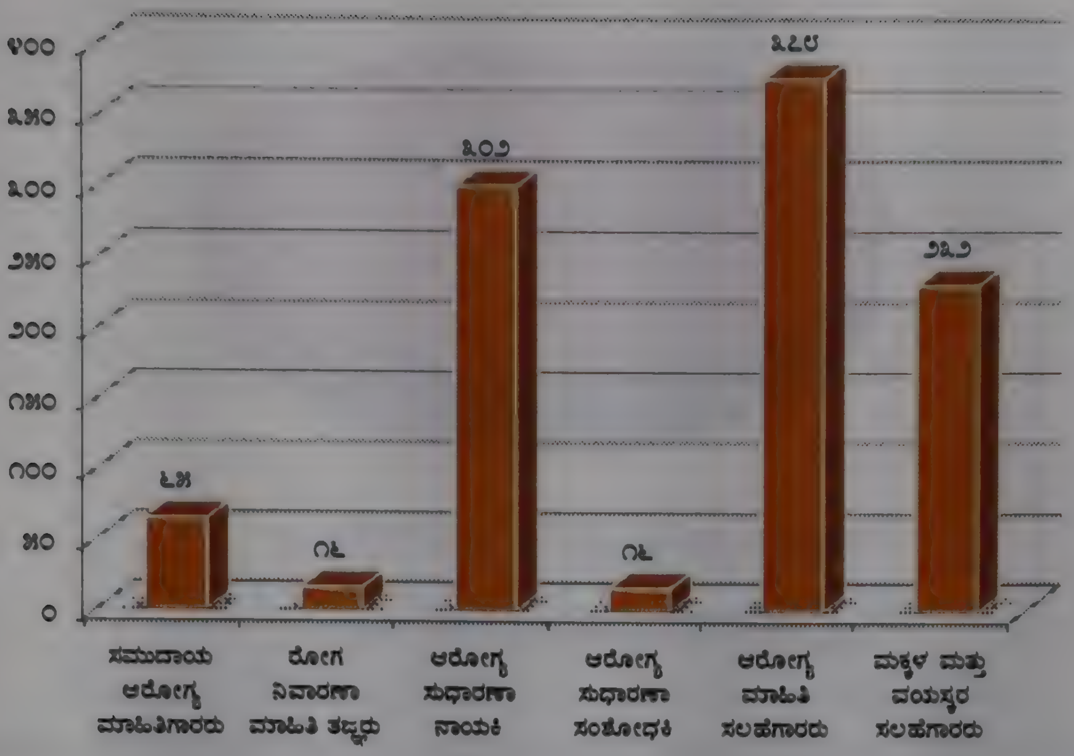
ಕಾಪ್ಲೆರವರ ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ದಾದಿಯರು ಸ್ತ್ರೀಯರು ಎಂಬುದು ಕಂಡು ಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ತಮ್ಮ ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆ ನಂತರದ ಸಾಂದರ್ಭಿಕ ರಜೆಯ ಅಗತ್ಯ, ಮಕ್ಕಳು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದ ಜೊತೆ ಕಾಲ ವಿನಿಯೋಗಿಸಲು ತಮ್ಮ ಉದ್ಯೋಗವನ್ನು ತ್ಯಜಿಸಲು ಹೆಚ್ಚಿನ ದಾದಿಯರು ಬಯಸುತ್ತಾರೆ.ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೇ ಕೆಲಸದ ಒತ್ತಡದ ಪರಿಣಾಮದಿಂದಾಗಿ ದಾದಿಯರಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಪಾತದ ಪ್ರಮಾಣವು ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ. ಈ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿಯೂ ಕೆಲವು ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಕೆಲಸವನ್ನು ತ್ಯಜಿಸುವ ನಿರ್ಧಾರಕ್ಕೆ ಬರುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯಿರುತ್ತದೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಶೇ. ೪.೭೯ರಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿ ಹುದ್ದೆಗಳು ಖಾಲಿಯಾಗಿರುವುದು ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಂಡಂತಹ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಒತ್ತಡವು ದಾದಿಯರ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಸಾಮಾನ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದೆ. ಹಲವಾರು ಅಧ್ಯಯನಗಳಲ್ಲಿ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ ಹೊಂದಿರುವ ಉದ್ಯೋಗ ಎಂದು ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಉದ್ಯೋಗದ ಒತ್ತಡವು ದಾದಿಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೇ ಉದ್ಯೋಗದ ಬೇಡಿಕೆಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವ ಅವರ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದಲ್ಲೂ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ ಎಂಬುದು ಕಂಡುಬಂದಂತಹ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೈಕೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ವಿತರಣೆಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮಗಳಾಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಕುಂಠಿತಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೇ, ದಾದಿಯರ ಯೋಗಕ್ಷೇಮ, ಉದ್ಯೋಗದ ತೃಪ್ತಿಯ ಮಟ್ಟ ಹಾಗೂ ಗೈರುಹಾಜರಿಯು ಸಂಸ್ಥೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ರೋಗಿಗಳ ಆರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನುಂಟುಮಾಡಬಹುದಾಗಿದೆ.

ದಾದಿಯರ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರದ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಹಿಂದಿನ ಅಥವಾ ಪ್ರಚೋದಕ ಪರಿಣಾಮ ಅಥವಾ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿ ಮತ್ತು ಪರಸ್ಪರ ಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿ ವರ್ಗೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ. ದೈಹಿಕ ಮೌಲ್ಯ ಮಾಪನವನ್ನು ನಡೆಸುವ ಮೂಲಕ ಒತ್ತಡ ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯದ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ, ದಾದಿಯರು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಪರಿಸರದ ಪ್ರಭಾವವು ಕೂಡಾ ಅವರ ಯೋಗಕ್ಷೇಮಕ್ಕೆ ಅಪಾಯವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಬಹುದು.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೬ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಯಾವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದೀರಾ?

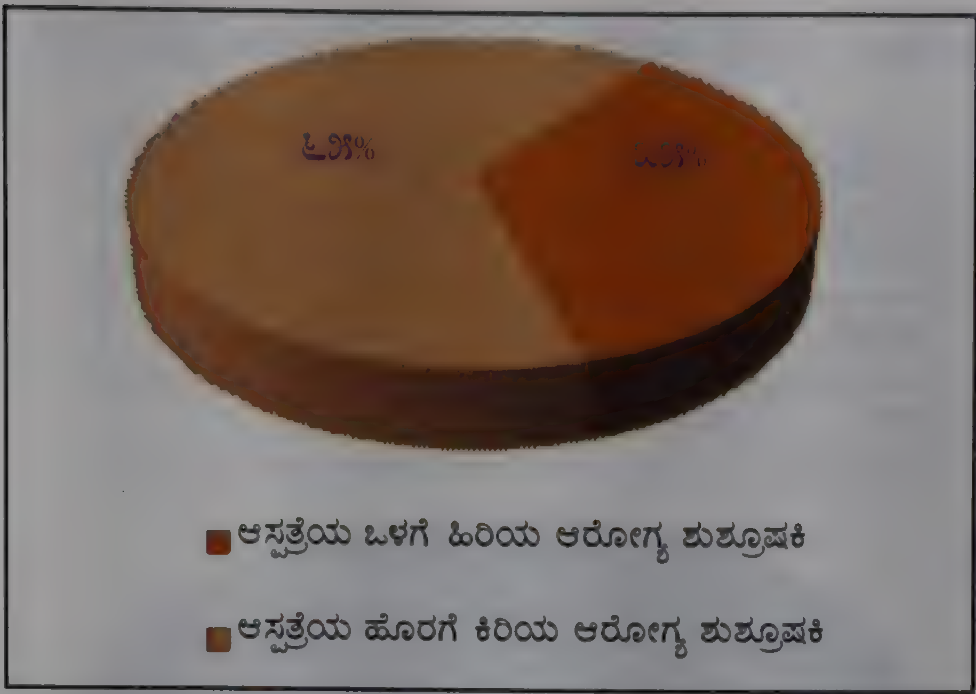
ಕ್ರ. ಸಂ.	ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಯ ಮಾದರಿ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿಗಾರರು	೬೫	೧೬.೨
೨	ರೋಗ ನಿವಾರಣಾ ಮಾಹಿತಿ ತಜ್ಞರು	೧೬	೪.೦೫
೩	ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣಾ ನಾಯಕಿ	೩೦೨	೭೫.೭
೪	ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣಾ ಸಂಶೋಧಕಿ	೧೬	೪.೦೫
೫	ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿ ಸಲಹೆಗಾರರು	೩೭೮	೯೪.೬
೬	ಮಕ್ಕಳ ಮತ್ತು ವಯಸ್ಕರ ಸಲಹೆಗಾರರು	೨೩೨	೫೮.೧



ಅಧ್ಯಯನದ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ದಾದಿಯರು ನಿರ್ವಹಿಸಿದ ಕೆಲಸವು ಈ ರೀತಿಯಾಗಿದೆ. ಸಂದರ್ಶಿತರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿಯ ಸಲಹೆಗಾರರಾಗಿ ೩೭೮(೯೪.೫೯%) ಮಂದಿ ದಾದಿಯರು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣಾ ನಾಯಕಿಯರಾಗಿಯೂ ೩೦೨(೭೫.೬೭%) ಮಂದಿ ಪಾತ್ರ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಮಕ್ಕಳ ಮತ್ತು ವಯಸ್ಕರ ಸಲಹೆಗಾರರಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವವರು ೨೩೨(೫೮.೧%) ಮಂದಿಯಾದರೆ, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿದಾರರಾಗಿ ೬೫(೧೬.೨೧%) ಮಂದಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಅಂತೆಯೇ, ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣಾ ಸಂಶೋಧಕಿ ಹಾಗೂ ರೋಗ ನಿವಾರಣಾ ಮಾಹಿತಿ ತಜ್ಞರಾಗಿ ತಲಾ ೧೬(೪.೦೫%) ಮಂದಿ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದೇವೆಂದು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹೊರಗೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ದಾದಿಯರು ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಒಳಗೂ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಸಂದರ್ಭಗಳು ಒದಗುತ್ತವೆ. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ, ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದನ್ನು ನೀಡುವ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ದಾದಿಯರು ಹಾಜರಿರಬೇಕಾಗಿರುವುದು ತಿಳಿದುಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೭ ನೀವು ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರ ಯಾವುದು?

ಕ್ರಸಂ.	ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಒಳಗೆ ಹಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿ	೧೪೨	೩೫.೫
೨	ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೊರಗೆ ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿ	೨೫೮	೬೪.೫
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦



ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವು ದಾದಿಯರ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಸಹಾಯಕವಾಗಿದೆ. ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಿದ ೪೦೦ ದಾದಿಯರಲ್ಲಿ ೧೪೨ ಮಂದಿ ಹಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿ(ಕ)ಯರಾಗಿದ್ದು ಶೇ. ೩೫.೫ರಷ್ಟಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಇವರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೊರಗೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿ(ಕ)ಯರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಅಧಿಕವಾಗಿದ್ದು, ೨೫೮ ಮಂದಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಿದ್ದು, ಪ್ರತೀ ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರಿಗೆ ಸಹಾಯಕರಾಗಿ ಪ್ರತೀ ೧೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಬ್ಬ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ ತಾಲೂಕಿನ ಕಾಣಿಯೂರು, ನೆರಿಯ, ವೇಣೂರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬೊಬ್ಬ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಜನರ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದ್ದು, ಇವರಿಗೆ ನೀಡಲಾದ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಬಹಳ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಕಾಣಿಯೂರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ೭೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಬ್ಬ ದಾದಿಯಿದ್ದು, ಅವರಿಗೆ ಕೇವಲ ೩ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯವು ಬಹು ಕಷ್ಟಕಾರಿ ಎಂಬುದಾಗಿ ದಾದಿಯರು ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ತೋಡಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಿರಿಯ ಪುರುಷ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರ ೨೨೮ ಹುದ್ದೆಗಳಿದ್ದು, ೪೭ ಹುದ್ದೆಗಳು ಮಾತ್ರ ಭರ್ತಿಯಾಗಿ ೧೮೧ ಹುದ್ದೆಗಳು ಖಾಲಿಯಿವೆ. ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಮಂಜೂರಾತಿ ಹುದ್ದೆ ೪೪೪ ಇದ್ದು, ಈ ಪೈಕಿ ೩೪೬ ಮಂದಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಹಾಗೂ ೯೮ ಹುದ್ದೆಗಳು ಇನ್ನೂ ಭರ್ತಿಯಾಗಬೇಕಿದೆ.ಜಿಲ್ಲೆಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಇರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚು ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡುವ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದೆ ಎಂಬುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.



ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೮ ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಖಾಯಂ ವೈದ್ಯರು ಲಭ್ಯರಿದ್ದಾರೆಯೇ?

ಕ್ರಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಲಭ್ಯವಿದ್ದಾರೆ	೩೩೦	೮೨.೫
೨	ಲಭ್ಯರಿಲ್ಲ	೭೦	೧೭.೫
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦



ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಖಾಯಂ ವೈದ್ಯರ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ಕುರಿತಾದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ. ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಿದ ಶೇ. ೮೨.೫ರಷ್ಟು ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಖಾಯಂ ವೈದ್ಯರು ಲಭ್ಯರಿರುತ್ತಾರೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ಖಾಯಂ ವೈದ್ಯರ ಸಂಖ್ಯೆ ೧೪೦ ಇದ್ದರೆ, ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆ ೨೦,೮೯,೬೪೯ ಇದೆ. ಒಟ್ಟು ಅನುಪಾತದಲ್ಲಿ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ೧೪,೯೨೬ ಜನರಿಗೆ ಓರ್ವ ವೈದ್ಯರು ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಶೇ. ೧೭.೫ರಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ವೈದ್ಯರುಗಳಿದ್ದು, ಇವರು ೩ ತಿಂಗಳಿಗೆ ಅಥವಾ ವರ್ಷಕ್ಕೊಮ್ಮೆ ಬದಲಾಯಿಸಲ್ಪಡುತ್ತಾರೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿರುವ ಒಟ್ಟು ೭೪ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಪೈಕಿ ೬೩ ಕಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಅವರಲ್ಲಿ ೩೧ ಜನ ಖಾಯಂ ಹಾಗೂ ೩೨ ಜನ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಖಾಯಂ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ ಇಲ್ಲದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಎರಡರಿಂದ ಮೂರು ದಿನ ವೈದ್ಯರ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತದೆ.[೧೦]

ಹೀಗೆ ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುವ ಹೆಚ್ಚಿನ ವೈದ್ಯರುಗಳು ತಮ್ಮ ಉನ್ನತ ವ್ಯಾಸಂಗಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಸೇವಾ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಇವರು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಕಾನೂನಾತ್ಮಕ ಅಡೆತಡೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಪದೇಪದೇ ವರ್ಗಾವಣೆಗೊಳ್ಳುವ ಅಥವಾ ಬದಲಾಯಿಸಲ್ಪಡುವ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸೇವೆಯನ್ನು ನಿರೀಕ್ಷಿಸುವುದು ಅಪಾಯಕರ ಮತ್ತು ಅಸಾಧ್ಯ ಎಂಬುದು ಖಾತ್ರಿಯಾಗಿದೆ.ಒಬ್ಬ ವೈದ್ಯರ ವರ್ಗಾವಣೆಯ ನಂತರ ಆ ಹುದ್ದೆಗೆ ಶೀಘ್ರವೇ ವೈದ್ಯರನ್ನು



ನೇಮಕಾತಿ ಮಾಡದಿರುವುದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಎಲ್ಲಾ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳನ್ನು ದಾದಿಯರೇ ನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೯ ಪ್ರಸ್ತುತ ಕೆಲಸದಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ಸುಧಾರಣೆಗಳನ್ನು ಬಯಸುತ್ತೀರಾ?

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಹೌದು	३३೦	೮೨.೫
೨	ಇಲ್ಲ	೭೦	೧೭.೫
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦



ಸೇವಾ ಮನೋಭಾವದಿಂದಲೋ, ಆದಾಯದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದಲೋ ಅಥವಾ ಸರಕಾರಿ ಕೆಲಸವೆಂಬ ವೃತ್ತಿ ಭದ್ರತೆಯ ಭಾವನೆಯಿಂದಲೋ ದಾದಿಯರು ಈ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ, ಈ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ದಾದಿಯರನ್ನು ಕಂಗೆಡಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಈ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಬಯಸುತ್ತಿದ್ದು, ಇದು ೮೨.೫%ರಷ್ಟಿದೆ. ಸಂದರ್ಶಿಸಿದ ದಾದಿಯರಲ್ಲಿ ೮೯%ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ಖಾಯಂ ಉದ್ಯೋಗ ಹೊಂದಿದ್ದು, ೧೧%ದಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ದಾದಿಯರು ಹೆಚ್ಚು ಕಡಿಮೆ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ತೊರೆಯುವ ಮನಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಒತ್ತಡದ ನಡುವೆಯೇ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದರೂ ೯೫.೭೫%ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ದಾದಿ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ತೃಪ್ತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿರುತ್ತದೆ.



ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೧೦ ಪ್ರಸ್ತುತ ಕೆಲಸದಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆಗಳನ್ನು ಬಯಸುವ ಕಾರಣಗಳು

ಕ್ರಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ವೇತನದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳ	೨೧೩	೬೪.೫೫
೨	ಕಡಿಮೆ ಕೆಲಸದ ಅವಧಿ	೧೧೦	೩೩.೩೩
೩	ಸೇವಾ ಭದ್ರತೆ	೧೭೨	೫೨.೧೨
೪	ರಜಾ ಸೌಲಭ್ಯ	೪೪	೧೩.೩೩

ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿ ಸುಧಾರಣೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹಲವಾರು ಕಾರಣಗಳನ್ನು ನೀಡಿದ್ದು, ಸಂದರ್ಶಿಸಿದ ದಾದಿಯರಲ್ಲಿ ೨೧೩(೬೪.೫೫%) ಮಂದಿ ವೇತನದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳವನ್ನು ಬಯಸುತ್ತಿದ್ದು, ೧೧೦(೩೩.೩೩%) ಮಂದಿ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಕೆಲಸದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಕಡಿತವನ್ನು ಬಯಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಸಂದರ್ಶಿತರಲ್ಲಿ ೧೭೨(೫೨.೧೨%) ಮಂದಿ ದಾದಿಯರು ಸೇವಾ ಭದ್ರತೆಯನ್ನು ನಿರೀಕ್ಷಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ೪೪(೧೩.೩೩%) ಮಂದಿ ರಜಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳವನ್ನು ಬಯಸುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಈ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ದಾದಿಯರು ವೇತನದ ಕುರಿತಂತೆ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದು ತಮಗೆ ದೊರಕುತ್ತಿರುವ ಕನಿಷ್ಠ ವೇತನವು ಏರಿಕೆಯಾಗಬೇಕು ಮತ್ತು ಪ್ರತೀ ತಿಂಗಳು ಕ್ಲಪ್ತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವೇತನ ಪಾವತಿಯಾಗಬೇಕೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ದಾದಿಯರ ತರಬೇತಿ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು

ಲೀ ಜೆ.ಕೆ.ರವರ ಪ್ರಕಾರ ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಸಮುದಾಯದ ಗುರಿಯು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಖಾತರಿಪಡಿಸುವುದಾಗಿದೆ. ಆದರೆ, ಇತರ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳನ್ನು ಕಾಪಾಡಿ ಕೊಳ್ಳಲು ಶಿಕ್ಷಣವು ಬಹಳ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿದೆ. ವೃತ್ತಿಪರ ದಾದಿಯಾಗಲು ಹಲವಾರು ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಮಾರ್ಗಗಳಿವೆ. ಅದು ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ಬಹಳ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗೊಂಡಿರುವ ಹಾಗೂ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿದೆ.[೧೧] ನರ್ಸಿಂಗ್ ಶಿಕ್ಷಣವು ಸಿದ್ಧಾಂತ, ಸತತ ಅಭ್ಯಾಸಗಳ ವ್ಯಾಪಕ ಅಧ್ಯಯನ ಮತ್ತು ಕೌಶಲ್ಯಗಳ ತರಬೇತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

ದಾದಿಯರ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರವು ವಿಸ್ತಾರಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ. ವೃತ್ತಿಪರರಾಗಿ, ವ್ಯಕ್ತಿಗತವಾಗಿ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಇಂದಿನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿದೆ. ಸರಕಾರವು ದಾದಿಯರಿಗೆ ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ರೀತಿಯ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಕುರಿತಾದ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ, ದಾದಿಯರು ಇಂದು ಹೆಚ್ಚು ತಂತ್ರಜ್ಞಾನವುಳ್ಳ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕಾದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಬಂದೊದಗಿದೆ. ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ

ನಿಭಾಯಿಸಲು ಹೆಚ್ಚು ಜವಾಬ್ದಾರಿಯುತವಾಗಿ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚು ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಸಲುವಾಗಿ ಈ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವುದು ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ.

ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಎದುರಾಗುವ ಕಾನೂನಾತ್ಮಕ, ನೈತಿಕ ವಿಚಾರಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ನಿರ್ಧಾರಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರಬೇಕು. ಅಲ್ಲದೇ, ತಮ್ಮ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರದ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯೊಂದಿಗೆ, ರೋಗಿಗಳ ಕಾಳಜಿವಹಿಸುವಲ್ಲಿ, ಆಧುನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಕೃತಿಯನ್ನು ಅರಿಯುವ ಸಲುವಾಗಿ ಈ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಅವಶ್ಯಕತೆ ದಾದಿಯರಿಗಿದೆ.ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಸರಕಾರವು ನೀಡುವ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ದಾದಿಯರು ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಪಡೆದರೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಕ್ರೋಢೀಕರಣಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತು ಕೊಟ್ಟಂತಾಗುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೧೧ ನೀವು ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ತರಬೇತಿಯನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದೀರಾ?

ಕ್ರಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಹೌದು	೩೬೮	೯೦.೫
೨	ಇಲ್ಲ	೩೨	೯.೫
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦



ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ತರಬೇತಿ ಕುರಿತಂತೆ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವು ಅತೀ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮುತುವರ್ಜಿಯನ್ನು ವಹಿಸಿದ್ದು ಹೆಚ್ಚಿನ ತರಬೇತಿಗಳು ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕಿನ ಸುರತ್ಕಲ್‌ನಲ್ಲಿರುವ ತರಬೇತಿ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸಣ್ಣ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ತಾಲೂಕು ಮಟ್ಟದ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದ್ದು, ತರಬೇತಿಗಳಿಗೆ ಹಾಜರಾಗುವುದು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ತರಬೇತಿಯನ್ನು ಪಡೆದಿರುವ ದಾದಿಯರು ಶೇ. ೯೨ರಷ್ಟಿದ್ದು, ಅತೀ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ. ಶೇ. ೮ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ತರಬೇತಿಯನ್ನು ಪಡೆದಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ಇನ್ನಷ್ಟು ಬಲಗೊಳಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ತರಬೇತಿಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಮನಗಂಡು ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಹಲವಾರು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿದೆ. ಇದರನ್ವಯ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ



ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ದಾದಿಯರಿಗೆ, ಅದರಲ್ಲೂ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ದಾದಿಯರ ವ್ಯಕ್ತಿತ್ವವನ್ನು ಇನ್ನಷ್ಟು ಬಲಗೊಳಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಅವರಿಗೆ ಹಲವಾರು ರೀತಿಯ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ನೀಡುವ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿದೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ವಾದವುಗಳೆಂದರೆ ಇಮ್ಯುನೈಝೇಷನ್ ತರಬೇತಿ, ರೀಪ್ರೊಡಕ್ಟಿವ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಚೈಲ್ಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಟ್ರೈನಿಂಗ್ (ಆರ್.ಸಿ.ಎಚ್), ಮದರ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಚೈಲ್ಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಟ್ರೈನಿಂಗ್(ಎಂ.ಸಿ.ಎಚ್), ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಪ್ಲ್ಯಾನಿಂಗ್ ಟ್ರೈನಿಂಗ್, ವೇಸ್ಟ್ ಮ್ಯಾನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್ ಟ್ರೈನಿಂಗ್, ಟ್ಯೂಬೋರ್‌ಕ್ಯುಲೋಸಿಸ್, ಕೋಲ್ಡ್ ಚೈನ್ ಮ್ಯಾನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್, ಸ್ಕೂಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಟ್ರೈನಿಂಗ್, ಕಮ್ಯೂನಿಕೇಬಲ್ ಡಿಸೀಸ್ ಟ್ರೈನಿಂಗ್, ನಾನ್-ಕಮ್ಯೂನಿಕೇಬಲ್ ಡಿಸೀಸ್ ಟ್ರೈನಿಂಗ್, ಸ್ಕಿಲ್ಡ್ ಬರ್ತ್ ಎಟೆಂಡೆಂಟ್(ಎಸ್.ಬಿ.ಎ), ಮೆಡಿಕಲ್ ಟರ್ಮಿನೇಷನ್ ಆಫ್ ಪ್ರೆಗ್ನೆನ್ಸಿ(ಎಂ.ಟಿ.ಪಿ.), ರೀಪ್ರೊಡಕ್ಟಿವ್ ಮೆಟರ್ನಲ್ ನಿಯೋನಾಟಲ್ ಚೈಲ್ಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಎಡೋಲಿಸೆನ್ಸ್ ಹೆಲ್ತ್(ಆರ್.ಎಂ.ಎನ್.ಸಿ.ಎಚ್), ನವಜಾತ್ ಶಿಶು ಸುರಕ್ಷಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ (ಎನ್.ಎಸ್.ಎಸ್.ಕೆ), ಫೆಸಿಲಿಟ್ ಬೇಸ್ಡ್ ಇಂಟಿಗ್ರೇಟೆಡ್ ಮ್ಯಾನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ನಿಯೋನಾಟಲ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಚೈಲ್ಡ್‌ಹುಡ್ ಇಲ್‌ನೆಸ್(ಎಫ್-ಐಎಂಎನ್‌ಸಿ), ಇನ್‌ಫ್ಯಾಂಟ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಯಂಗ್ ಚೈಲ್ಡ್ ಫೀಡಿಂಗ್(ಐ.ವೈ.ಸಿ.ಎಫ್), ರೀಪ್ರೊಡಕ್ಟಿವ್ ಟ್ರ್ಯಾಕ್ ಇನ್ಸ್‌ಪೆಕ್ಷನ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಸೆಕ್ಸ್ಯುವಲ್ ಟ್ರಾನ್ಸ್‌ಮಿಟೆಡ್ ಡಿಸೀಸ್(ಆರ್.ಟಿ.ಐ ಮತ್ತು ಎಸ್.ಟಿ.ಐ), ಎಡೋಲಿಸೆನ್ಸ್ ರೀಪ್ರೊಡಕ್ಟಿವ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಸೆಕ್ಸ್ಯುವಲ್ ಹೆಲ್ತ್(ಎ.ಆರ್.ಎಸ್.ಎಚ್).

ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರದ ಅಧ್ಯಯನ ಮತ್ತು ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ:

ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷೆಯು ಏಕೆ ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ? ಈ ಶುಶ್ರೂಷೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವುದು ಹಾಗೂ ದಾದಿಯರ ವೃತ್ತಿಯು ಸೇವಾ ಕ್ಷೇತ್ರವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವಾಗ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರವು ಬಹು ಮುಖ್ಯ ಎಂದೆನಿಸುತ್ತದೆ. ದಾದಿಯರು ಸದಾ ತಮ್ಮ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ ಮುಂಚೂಣಿಯಲ್ಲಿರುವುದು ವಿಶೇಷ. ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಕೈಗೆಟುಕುವ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಅಲ್ಲದೇ ವೈದ್ಯರು ತಮ್ಮ ರೋಗಿಗಳ ಆರೈಕೆಗಾಗಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ನಿರ್ಧಾರಗಳ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ದಾದಿಯರು ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಶುಶ್ರೂಷೆ ಎನ್ನುವುದು ಪ್ರತೀ ದಿನ ವಿಭಿನ್ನವಾಗಿರುವ ಬೇಡಿಕೆಯ ಕ್ಷೇತ್ರವಾಗಿದೆ. ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರವನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವುದು ಅಷ್ಟು ಸುಲಭ ಸಾಧ್ಯವಲ್ಲ. ಹಾಗೆಂದು ಅದು ತುಂಬಾ ಲಾಭದಾಯಕ ವೃತ್ತಿಯೂ ಅಲ್ಲ. ದಾದಿ ಎಂದಾಕ್ಷಣ ರೋಗಿಯ ಹಾಸಿಗೆಯ ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ನಿಂತು ರೋಗಿಯ ಕ್ಷೇಮ ಸಮಾಚಾರವನ್ನು ವಿಚಾರಿಸುವ ದಾದಿಯ ಚಿತ್ರಣ ಕಣ್ಮುಂದೆ ಬರುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಯ ಆರೈಕೆಯೇ ದಾದಿಯ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕರ್ತವ್ಯವಾಗಿದೆ.[೨] ರೋಗಿ ಮತ್ತು ದಾದಿಯು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಮಯವನ್ನು ಒಟ್ಟಿಗೆ ಕಳೆಯುತ್ತಾರೆ. ದಾದಿಯರು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ನಿರ್ಣಯಿಸುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ಗಮನಿಸುತ್ತಾರೆ. ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಸೇವಾ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಪಾತ್ರಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣಾ ನಾಯಕಿಯಾಗಿ ದಾದಿ

ರೋಗಿಗಳ ಸೇವೆಯೇ ದಾದಿಯರ ಸೇವೆಯ ಪ್ರಥಮ ಗುರಿ. ಉದ್ಯೋಗ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಉತ್ಪತ್ತಿಯು ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಮತ್ತು ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆಲ್ಲ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣ ಏರುತ್ತಿರುವ ಜನಸಂಖ್ಯೆ. ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಳಕ್ಕೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಜನರಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ರೀತಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನೀಡಲು ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಲು ಪ್ರಸ್ತುತ ಹಲವಾರು ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದೆ. ೨೦೧೬ ರಿಂದ ೨೦೨೬ರ ನಡುವೆ ನಮ್ಮ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಕ್ಷೇತ್ರವು ೧೫ ಪ್ರತಿಶತದಷ್ಟು ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದುವ ಗುರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ದಾದಿಯರ ಹೆಚ್ಚಿದ ಬೇಡಿಕೆ ಮತ್ತು ಅವರ ಅಗತ್ಯತೆ ಹಾಗೂ ದಾದಿಯರ ನಿವೃತ್ತಿಯ ಕಾರಣದಿಂದ ಇಂದು ಶುಶ್ರೂಷಾ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ದಾದಿಯರ ಹುದ್ದೆಗಳು ಖಾಲಿ ಇವೆ. ದಾದಿಯು ರೋಗಿಯ ಆರೈಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯರು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ನಿರ್ಧಾರಗಳಲ್ಲಿ ನಿರ್ಣಾಯಕ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತಾಳೆ. ಇಲ್ಲಿ ಆಕೆ ರೋಗಿಯ ಅರೋಗ್ಯದ ಒಟ್ಟು ಸುಧಾರಣಾ ನಾಯಕಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾಳೆ. ಒಬ್ಬ ರೋಗಿಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಮರಳಿ ಪಡೆಯಲು ದಾದಿಯು ರೋಗಿಗೆ ಸಹಾಯಕಳಾಗುತ್ತಾಳೆ. ದಾದಿಯು ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ಗುರಿಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಮತ್ತು ರೋಗಿಯ ಘನತೆಯನ್ನು ಕಾಪಾಡುವಲ್ಲಿ ಮಹತ್ತರ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತಾಳೆ ಅಂದರೆ ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬಿಕರಿಗೆ ರೋಗಿಯು ಗುಣಮುಖರಾಗುವುದು ಮುಖ್ಯ ಗುರಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ದಾದಿಯು ರೋಗಿಯ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಅಗತ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಮುಖಾಂತರ ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬದವರಿಗೆ ಗುರಿಯನ್ನು ತಲುಪಲು ಸಹಾಯಕಳಾಗುತ್ತಾಳೆ.

ವಿವಿಧ ಪಾತ್ರಧಾರಿಯಾಗಿ ದಾದಿ

ದಾದಿಯು ಓರ್ವ ನೈತಿಕ ಉತ್ತಮ ನಿರ್ಧಾರಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಶಕ್ತಿಯುಳ್ಳವಳಾಗಿರುತ್ತಾಳೆ. ಶುಶ್ರೂಷಾ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯ ಆರೈಕೆಯ ಒಂದು ಸಂಪೂರ್ಣ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಹಾಗೂ ವಿಮರ್ಶಾತ್ಮಕ ಚಿಂತನಾ ಕೌಶಲ್ಯಗಳನ್ನು ತನ್ನ ಕರ್ತವ್ಯದಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಚಾತುರ್ಯತೆ ದಾದಿಯರಿಗಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬ ರೋಗಿಗೆ ತಾಯಿಯಾಗಿ, ಸಂಬಂಧಿಕಳಾಗಿ, ಉತ್ತಮ ಗೆಳತಿಯಾಗಿ, ವೈದ್ಯೆಯಾಗಿ, ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕಳಾಗಿ, ದೇವರಾಗಿ ಹೀಗೆ ಇವರೆಲ್ಲರ ಪಾತ್ರಗಳ ಪ್ರತಿಫಲನವಾಗುತ್ತಾಳೆ. ದಾದಿಯು ಅನೇಕ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಗೈರು ಹಾಜರಿಯಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ನಿಭಾಯಿಸುವ ಎಲ್ಲಾ ಕೆಲಸಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವಳು. ರೋಗಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಗೆಗಿನ ನಿರ್ಧಾರಗಳಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಬಾರಿ ವೈದ್ಯರು ದಾದಿಯರ ನಿರ್ಣಯವನ್ನು ಬೆಂಬಲಿಸುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ದಾದಿಯು ವೃತ್ತಿಪರರೊಂದಿಗೆ ಸಹಕರಿಸುತ್ತಾಳೆ ಮತ್ತು ಸಮಾಲೋಚಿಸುತ್ತಾಳೆ.[೧೩]

ದಾದಿಯು ಕಾನೂನು ತಜ್ಞೆಯಾಗಿರುತ್ತಾಳೆ. ಅಪಘಾತ ಹಾಗೂ ದುರಂತಕ್ಕೀಡಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸಮರ್ಪಕವಾದ ಪರಿಹಾರಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಕಾನೂನು ಸಲಹೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ

ದಾದಿಯು ರೋಗಿಗೆ ಸಹಕರಿಸುತ್ತಾಳೆ. ಅವಳು ಮಾನವ ಮತ್ತು ಕಾನೂನಿನ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ರಕ್ಷಿಸುತ್ತಾಳೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಈ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಪ್ರತಿಪಾದಿಸಲು ರೋಗಿಗೆ ಸಹಾಯವನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಾಳೆ. ದಾದಿಯು ರೋಗಿಯ ಧರ್ಮ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿಯನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಅವರ ಯೋಗಕ್ಷೇಮಕ್ಕೆ ಅಪಾಯವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವ ನೆಲೆಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಮಾತನಾಡುವ ಮೂಲಕ ತನ್ನ ರೋಗಿಯನ್ನು ಸಮರ್ಥಿಸುತ್ತಾಳೆ. ಅವಳು ತನ್ನ ರೋಗಿಯನ್ನು ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೆ ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬಗಳ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯಗಳ ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನೂ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾಳೆ.

ದಾದಿಯು ಓರ್ವ ಸಂಘಟನಾ ಚತುರೆಯಾಗಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾಳೆ. ದಾದಿಯು ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕಳಾಗಿ ಇತರ ಆರೋಗ್ಯ ತಂಡದ ಸದಸ್ಯರ ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ಸಂಘಟಿಸುತ್ತಾಳೆ. ಅಪಘಾತಕ್ಕೀಡಾದ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ದುರಂತಕ್ಕೀಡಾದ ರೋಗಿಯ ಮನೋದೌರ್ಬಲ್ಯವನ್ನು ನಿವಾರಿಸಿ ರೋಗಿಯು ಪುನಃ ತನ್ನ ಜೀವನದಲ್ಲಿ ಚೈತನ್ಯವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಪ್ರೇರೇಪಣಾ ಶಕ್ತಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾಳೆ.ದಾದಿಯು ರೋಗಿಗೆ ತಾನೊಬ್ಬ ಅನನ್ಯವಾದ ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯ ಭಾವನೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯೆಂದು ಬಿಂಬಿಸುವ ಮೂಲಕ ಆರಾಮವನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತಾಳೆ. ದಾದಿಯು ಓರ್ವ ಸಂವಹನ ತಜ್ಞೆಯಾಗಿ ರೋಗಿ ಮತ್ತು ರೋಗಿಯ ಕುಟುಂಬಗಳ ನಡುವೆ ರೋಗಿಯ ಬಗೆಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಮುಖೇನ ಹಾಗೂ ತನ್ನ ತಂಡದ ಇತರ ಸದಸ್ಯೆಯರಿಗೆ ಯೋಚಿತವಲ್ಲದ ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಮೂಲಕ ರೋಗಿಯ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಸಮಯೋಚಿತ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಜೊತೆಗೆ ಉತ್ತಮ ಸಂವಹನ ತಜ್ಞೆಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾಳೆ.[೧೪]

ದಾದಿಯು ಒರ್ವ ಉತ್ತಮ ಶಿಕ್ಷಕಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾಳೆ. ಬೋಧನೆಯು ಓರ್ವ ಶಿಕ್ಷಕನನ್ನು ಕಲಿಯಲು ಕಲಿಕಾಕಾರನಿಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುವ ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲಿ ದಾದಿಯು ರೋಗಿಗೆ ಶಿಕ್ಷಕಿಯಾಗಿ ಪಾತ್ರ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾಳೆ ಹಾಗೂ ರೋಗಿಯ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡುವುದಲ್ಲದೇ ರೋಗವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹಾಗೂ ರೋಗಿಯ ಆಹಾರದ ಬಗ್ಗೆ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ನೀಡುತ್ತಾಳೆ. ಒಬ್ಬ ನಾಯಕಿಯಾಗಿ ದಾದಿಯು ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ನಿರ್ಧಾರಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಲ್ಲಳು ಮತ್ತು ರೋಗಿಯನ್ನು ಪ್ರಭಾವಿಸಬಲ್ಲಳು. ಶುಶ್ರೂಷಾ ನಾಯಕತ್ವವು ಪರಸ್ಪರ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. ದಾದಿಯು ಓರ್ವ ಸಂಶೋಧಕಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾಳೆ. ಇಲ್ಲಿ ದಾದಿಯು ರೋಗಿಯ ವರ್ತನೆಗಳು, ಭಾವನೆ ಮತ್ತು ನಡವಳಿಕೆಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುವುದೇ ಅಲ್ಲದೇ ರೋಗಿಯ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಅಭ್ಯಾಸದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸಲು ಹಾಗೂ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ತನಿಖೆ ಮಾಡಲು ಅನೇಕ ಗುಣಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ಪರಿಮಾಣಾತ್ಮಕ ಸಂಶೋಧನೆಗಳನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಾ ಈ ಸಂಶೋಧನೆಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಅಭ್ಯಾಸ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ.

ದಾದಿಯರ ಈ ಎಲ್ಲಾ ಪಾತ್ರಗಳ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯನ್ನು ಮಾಡಿದಾಗ ಒಂದು ಸಮಾಜದ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ಮಾಣದ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರವು ಎಷ್ಟು ಮಹತ್ವದ್ದು ಎಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ನಾವು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ನಗರ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಹಾಗೂ ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುತ್ತಾ ಸೇವಾ ಮನೋಭಾವದ ಜೊತೆಜೊತೆಗೆ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆಯತ್ತ ಹೆಚ್ಚು ಗಮನಹರಿಸು ತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಸುಳ್ಯ ತಾಲೂಕಿನ ಗುತ್ತಿಗಾರು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಸವಿತಾ(ಹೆಸರು ಬದಲಾಯಿಸಲಾಗಿದೆ) ಎಂಬ ದಾದಿಯನ್ನು ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ನೀಡುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸಂದರ್ಶನಕ್ಕೊಳಪಡಿಸಿದಾಗ, 'ನಾನು ನನ್ನ ಆರು ತಿಂಗಳ ಪುಟ್ಟ ಮಗುವನ್ನು ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಬಿಟ್ಟು ಬಂದಿದ್ದು, ಮಗು ಖಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದೆ. ಆದರೆ, ನಾನು ನನ್ನ ಮನೆಯ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ನನ್ನ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ತೋರಿಸಿದರೆ ನನ್ನ ಏಕಾಗ್ರತೆಗೆ ಭಂಗ ಬರುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯಿದ್ದು, ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ನೀಡುವ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದಿನಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಾಗಬಹುದು. ನಮ್ಮಿಂದಾಗುವ ಒಂದು ಸಣ್ಣ ತಪ್ಪು ಕೂಡಾ ಮಗುವಿನ ಜೀವಕ್ಕೆ ಮಾರಕವಾಗಬಹುದು. ಆದುದರಿಂದ ನಮ್ಮ ಮನೆಯ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ನಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಯ ನಡುವೆ ತರುವುದಿಲ್ಲ' ಎಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿನ ಗ್ರಾಮೀಣ ಹಾಗೂ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ದಾದಿಯರನ್ನು ಸಂದರ್ಶನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಿ ಪ್ರತೀ ದಿನದ ಕೆಲಸಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಚರ್ಚಿಸಿದಾಗ ಎಲ್ಲಾ ದಾದಿಯರು ಕೇಂದ್ರದ ಒಟ್ಟು ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಖಾಯಂ ವೈದ್ಯರು, ಲ್ಯಾಬ್ ಟೆಕ್ನೀಶಿಯನ್‌ಗಳು, ಕ್ಲರ್ಕ್‌ಗಳು ಮುಂತಾದ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರ್ಗದ ಕೊರತೆಯಿದ್ದು, ಅವರೆಲ್ಲರ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ದಾದಿಯರೇ ನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಯು ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ರೋಗಿಗಳ ದಾಖಲಾತಿಯಿಂದ ಹಿಡಿದು ಔಷಧಿ ವಿತರಣೆ, ರೋಗಿಗಳ ಶುಶ್ರೂಷೆ ಮಾಡುವುದು, ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ನೀಡುವುದು, ಡಾಕ್ಯೂಮೆಂಟರಿ ಹಾಗೂ ಇತರೆ ಸಂದರ್ಭಗಳಾದ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಆ್ಯಂಬೂಲೆನ್ಸ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಮಹಿಳೆಯರ ಹೆರಿಗೆಯಂತಹ ತುರ್ತು ಕೆಲಸಗಳನ್ನು ದಾದಿಯರೇ ನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೇ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವಿವಿಧ ಅಧಿಕಾರಿ ವರ್ಗಗಳೊಡನೆ ಸಂವಹನವನ್ನು ಇರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಇತ್ಯಾದಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಾತ್ಮಕ ಎಲ್ಲಾ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿಯೂ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರ ಮಹತ್ವದ್ದು ಎಂದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

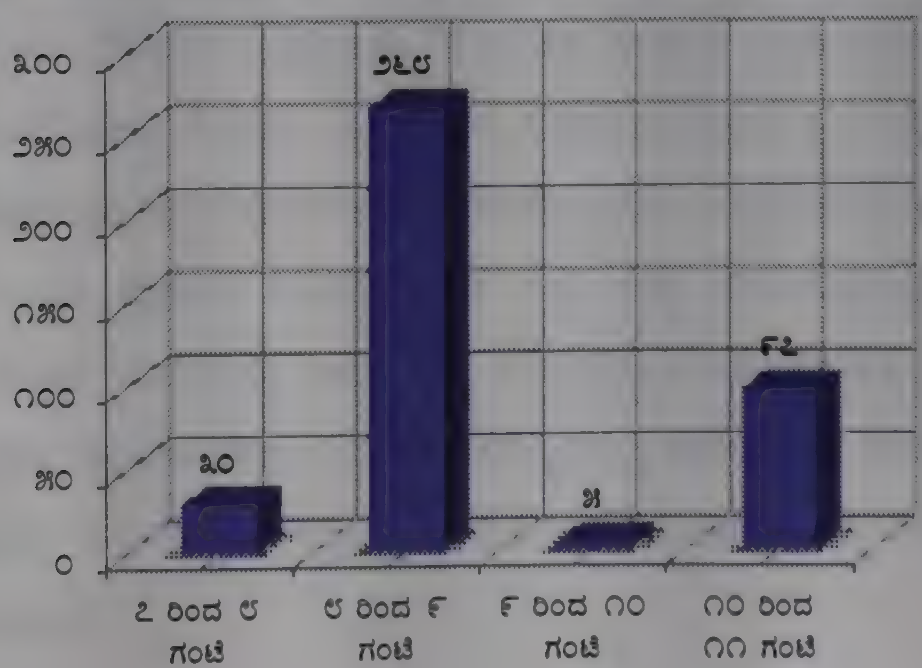
ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೧೨ ಪ್ರತಿದಿನ ಯಾವ ವಿಧದ ಕೆಲಸ ಇರುತ್ತದೆ?

ಕ್ರಸಂ.	ಕೆಲಸದ ವಿಧ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಔಷಧ ವಿತರಣೆ	೪೦೦	೧೦೦
೨	ಒಳರೋಗಿ/ಹೊರರೋಗಿ ಶುಶ್ರೂಷೆ	೪೦೦	೧೦೦
೩	ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ನೀಡುವಿಕೆ	೪೦೦	೧೦೦

ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವು ಸಂದರ್ಶಿತ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ದಾದಿಯರ ವೃತ್ತಿಪರ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳು ಹಾಗೂ ನಿಭಾಯಿಸಲ್ಪಡುವ ಕಾರ್ಯಭಾರದ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಮೇಲ್ಕಂಡ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ದಾದಿಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಪ್ರತೀ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲೂ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ವೃತ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕಾರ್ಯಭಾರದ ವಿಭಜನೆ ಇದ್ದರೂ ಸಹ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರುವಂತಹ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಕೊರತೆಯು ದಾದಿಯರನ್ನು ಎಲ್ಲಾ ಕೆಲಸಗಳಲ್ಲೂ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಪ್ರೇರೇಪಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಹೆಚ್ಚಿದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯು ದಾದಿಯರಿಗೆ ಗರಿಷ್ಠ ಅವಧಿಯ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿಭಾಯಿಸುವಿಕೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೧೩ ದಿನದ ಎಷ್ಟು ಗಂಟೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತೀರಾ?

ಕ್ರಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	೭ ರಿಂದ ೮ ಗಂಟೆ	೩೦	೭.೫
೨	೮ ರಿಂದ ೯ ಗಂಟೆ	೨೬೮	೬೭
೩	೯ ರಿಂದ ೧೦ ಗಂಟೆ	೫	೧.೨೫
೪	೧೦ ರಿಂದ ೧೧ ಗಂಟೆ	೯೭	೨೪.೨೫
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦



ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ದಾದಿಯರು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅಧಿಕೃತ ಅವಧಿಯು ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ೯.೦೦ ಗಂಟೆಯಿಂದ ಸಂಜೆ ೪.೩೦ರವರೆಗೆ ಇದ್ದರೂ, ದಾಖಲೆಗಳ ಸಂಗ್ರಹಣೆ, ಕಂಪ್ಯೂಟರೀಕರಣ, ಕ್ಷೇತ್ರ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದ ಅವಧಿಗಿಂತಲೂ ಅಧಿಕ ಅವಧಿಯನ್ನು ತಮ್ಮ ಕರ್ತವ್ಯದಲ್ಲಿ ಕಳೆಯುತ್ತಾರೆ ಎನ್ನುವುದು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಂಡಂತಹ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಮಳೆಗಾಲದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯಗಳು ಅತೀ ಹೆಚ್ಚಿದ್ದು ತಡರಾತ್ರಿಯವರೆಗೂ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಿದೆ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ.

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ೮ ರಿಂದ ೯ ಗಂಟೆ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ೬೭% ದಾದಿಯರು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ೭ ರಿಂದ ೮ ಗಂಟೆಗಳ ವರೆಗೆ ೭.೫% ದಾದಿಯರು, ೧೦ರಿಂದ ೧೧ ಗಂಟೆಗಳ ವರೆಗೆ ೨೪.೨೫% ದಾದಿಯರು ಇದ್ದು ಇವರು ಹೆಚ್ಚು ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ದಾದಿಯರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ.ಅಧಿಕೃತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ದಾದಿಯರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಕಡಿಮೆಯಿದ್ದು ಹೆಚ್ಚಿನ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ದಿನದ ಬಹುಭಾಗವನ್ನು ಸೇವೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಕಳೆಯುತ್ತಾರೆ. ದಾದಿಯರ ಪ್ರಕಾರ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಪರಿಸರವು ದುರ್ಬಲವಾದ ಜೀವನವನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಗಮನಿಸುವ, ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸುವ ಮತ್ತು ಸಂರಕ್ಷಿಸುವ ಸ್ಥಳವಾಗಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಜ್ಞಾನ, ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಮತ್ತು ತಾಂತ್ರಿಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ಜೊತೆಜೊತೆಗೆ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ನಿಯಂತ್ರಣದ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಉತ್ತಮ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸ್ಪಂದಿಸಲು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ ಎಂಬುದಾಗಿ ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಡುತ್ತಾರೆ.

ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ರೋಗಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಪ್ರಥಮವಾಗಿ ವೈದ್ಯರಿಗಿಂತ ದಾದಿಯರೇ ಎದುರುಗೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ರೋಗಿಯ ಹತಾಶೆ, ನೋವು, ಚೀರಾಟ, ಗಲಾಟೆ ಇವೆಲ್ಲವುಗಳ ದರ್ಶನ ಪ್ರಪ್ರಥಮವಾಗಿ ಒಬ್ಬ ದಾದಿಯ ಅನುಭವಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತದೆ. ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯ ತಾಳ್ಮೆ, ಸಹನೆ, ಸಾಂತ್ವನದ ಮಾತುಗಳು, ನಿರ್ಲಿಪ್ತ ಮನೋಭಾವ ಹಾಗೂ ಧೈರ್ಯ ಎಲ್ಲವೂ ರೋಗಿಯ ಮಾನಸಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಅದಾಗಲೇ ಕೊಡಲು ಪ್ರಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಯ ಆತಂಕದ, ಬೇಸರದ ಮತ್ತು ಕೋಪದ ಮಾತುಗಳಿಗೆ ಆಕೆಯ ನಗುಮುಖದ ಉತ್ತರವೇ ರೋಗಿಯ ಬಾಳಿಗೆ ಸಂಜೀವಿನಿಯಾಗುತ್ತದೆ.ರೋಗಿಯು ಗುಣಮುಖನಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಡಿಸ್ಚಾರ್ಜ್ ಆದ ಬಳಿಕ ಆತನ ಆರೈಕೆ ಮಾಡಿದ ದಾದಿಗೆ ಆತನ ಬಗ್ಗೆ ಅಷ್ಟು ಅರಿವಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಒಬ್ಬ ದಾದಿಯಿಂದ ಉತ್ತಮ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆದ ಒಬ್ಬ ರೋಗಿಯು ಜೀವನದುದ್ದಕ್ಕೂ ಆ ದಾದಿಯನ್ನು ನೆನಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾನೆ. ಸಂಶೋಧಕರಿಂದ ಸಂದರ್ಶನಕ್ಕೊಳಪಟ್ಟ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹಲವು ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಅನುಭವಕ್ಕೆ ಬಂದ ಘಟನೆಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸುವ ಮೂಲಕ ತಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ಶುಶ್ರೂಷೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಬೇಡಿಕೆಯು ಹಲವಾರು ಅಂಶಗಳ ಮೇಲೆ ಆಧಾರಿತವಾಗಿದೆ. ಒಬ್ಬ ದಾದಿಯು ತನ್ನ ಕರ್ತವ್ಯಕ್ಕೆ ಹಾಜರಾದ ಬಳಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳೇ ಅವಳ ಪ್ರಪಂಚವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ತನ್ನ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಜಗತ್ತಿನಲ್ಲಿ ಆಕೆ ಹಲವಾರು ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ಬೇಡಿಕೆಯುಳ್ಳವಳಾಗಿರುತ್ತಾಳೆ. ಈ ಬೇಡಿಕೆಯ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳನ್ನುರೋಗಿಯು ಬಳಲುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ನೋಡುವುದು, ಹಲವಾರು ತ್ವರಿತ ನಿರ್ಧಾರಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು ಹಾಗೂ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಅಗತ್ಯ ಹೊಂದಿರುವ ಕುಟುಂಬಗಳನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು[೫] ಎಂದು ವಿವರಿಸಬಹುದು.

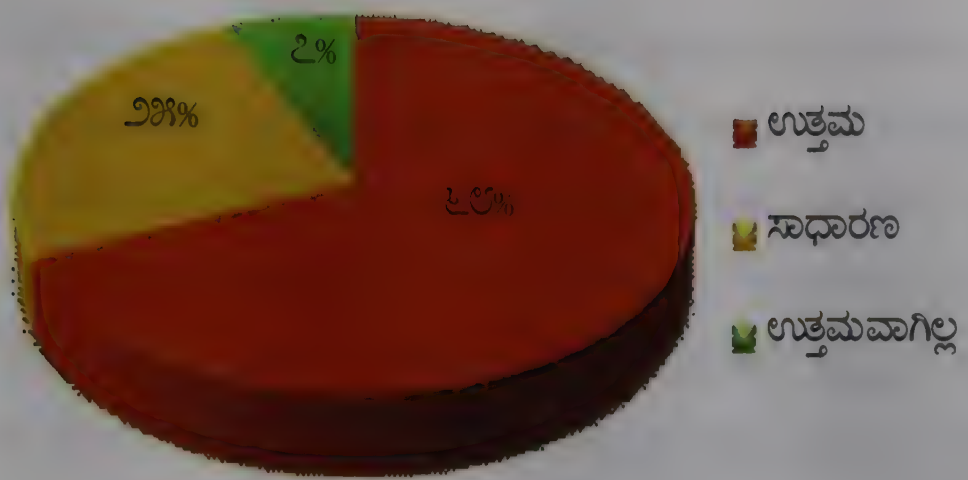
ಬಂಟ್ವಾಳ ತಾಲೂಕಿನ ಮಾಣಿ ಗ್ರಾಮದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಕುಸುಮ(ಹೆಸರು ಬದಲಾಯಿಸಲಾಗಿದೆ) ಇವರು ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಯ ಕುರಿತು ಮಾತನಾಡುತ್ತಾ, "ನಾವು ದಾದಿಯರಾಗಿ ನೇಮಕಗೊಂಡಿದ್ದರೂ ವೈದ್ಯರ ಕೆಲಸದಿಂದ ಹಿಡಿದು ಓರ್ವ ಎಟೆಂಡರ್‌ನ ಕೆಲಸವನ್ನೂ ನಾವು ಮಾಡಬೇಕಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ, ಕೇಂದ್ರದ ಶುಚಿತ್ವದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನೂ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಿದೆ. ಜನರು ನಮ್ಮ ಬಳಿಯೇ ಬಂದು ತಮ್ಮ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಮೊದಲು ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಇಲ್ಲಿಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡುವ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಬಡವರಾಗಿದ್ದು ಅವರನ್ನು ನಾವು ಯಾವ ರೀತಿಯಾಗಿ ಸಮಾಧಾನಪಡಿಸುವುದೆಂದೇ ತಿಳಿಯುವುದಿಲ್ಲ" ಎಂದು ತಮ್ಮ ಅಸಹಾಯಕತೆಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ದಾದಿಯರ ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಕೆಲಸದ ಬೇಡಿಕೆಯು ಆರೈಕೆಯ ಸಂಕೀರ್ಣತೆಯಿಂದ, ಕೆಲಸದ ವಾತಾವರಣದಿಂದ, ರೋಗಿಗಳ ಆರೈಕೆಯ ವಿತರಣೆಯಿಂದ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಅವಶ್ಯತೆಗಳಿಂದ ಉಂಟಾಗಿವೆ. ಹೀಗಾಗಿ ದಾದಿಯರು ಚುರುಕುತನ ಹಾಗೂ ನಿಖರತೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ನಿರ್ಣಾಯಕ ಸಂದರ್ಭಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುವಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಮನ ನೀಡುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಹಲವಾರು ರೀತಿಯ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಅವಶ್ಯಕತೆ ದಾದಿಯರಿಗಿದೆ.

ಈ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಅಧಿಕೃತವಾಗಿ ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದ ಸಮಯಾನುಸಾರ ದಾದಿಯು ತನ್ನ ಕೆಲಸವವನ್ನು ಮುಗಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಎಷ್ಟೋ ಬಾರಿ ತನ್ನ ನಿಗದಿತ ವೇಳೆಗಿಂತಲೂ ಅಧಿಕ ಸಮಯ ತನ್ನ ಕರ್ತವ್ಯದಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾಳೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಲಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೧೪ ನಿಮ್ಮ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಜನರ ಸಹಕಾರ ಹೇಗಿದೆ?

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಉತ್ತಮ	೨೭೩	೬೮.೨೫
೨	ಸಾಧಾರಣ	೯೯	೨೪.೭೫
೩	ಉತ್ತಮವಾಗಿಲ್ಲ	೨೮	೭
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦



ಈ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವು ದಾದಿಯರಿಗೆ ತಮ್ಮ ಕರ್ತವ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಜನರು ಸಹಕಾರವನ್ನು ಹೇಗೆ ನೀಡುತ್ತಾರೆ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಒಳಗಿನ ಕರ್ತವ್ಯದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ಸದಾ ಜನರೊಡನೆ ಬೆರೆಯುತ್ತಾರೆ. ಶೇ. ೬೮.೨೫%ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ಜನರ ಸಹಕಾರ ಉತ್ತಮವಾಗಿದೆ ಎಂಬುದಾಗಿ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ. ಶೇ. ೨ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ಜನರ ಸಹಕಾರ ಉತ್ತಮವಾಗಿಲ್ಲ ಎಂಬುದಾಗಿ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಶೇ.೨೯.೭೫ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ಜನರ ಸಹಕಾರವು ಸಾಧಾರಣ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಇದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

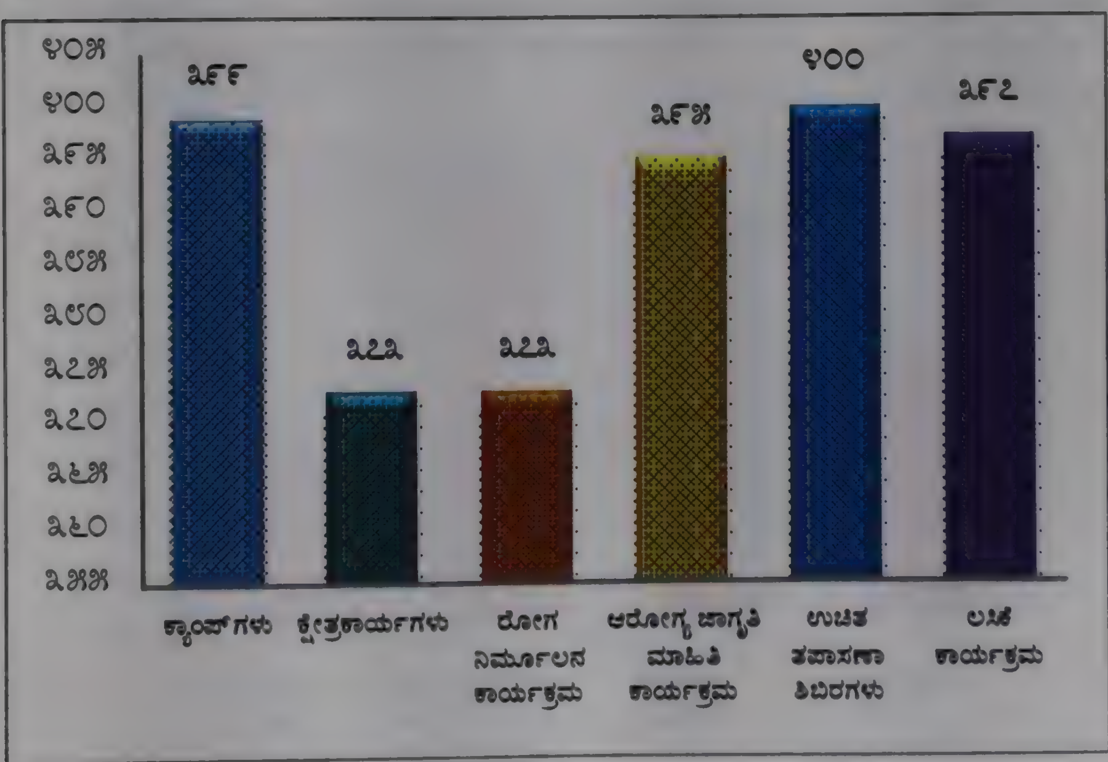
ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುವ ಹೆಚ್ಚಿನ ದಾದಿಯರು ಜನರ ಸಹಕಾರದ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಶಂಸೆಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣ ಹಲವಾರು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಒಂದೇ ಕಡೆ ವಾಸವಾಗಿರುವ ಜನರು ತಮ್ಮ ಮನೆಗೆ ಭೇಟಿಕೊಡುವ ಹಾಗೂ ತಮ್ಮ ಯೋಗಕ್ಷೇಮ ವಿಚಾರಿಸುವ ದಾದಿಯರ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಅಭಿಮಾನವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿನ ದಾದಿಯರಲ್ಲಿ ಈ ವಿಷಯದ ಬಗ್ಗೆ ಚರ್ಚಿಸಿದಾಗ ಜನರ ಸಹಕಾರದ ಬಗ್ಗೆ ಅಷ್ಟೊಂದು ಧನಾತ್ಮಕ ಅಭಿಪ್ರಾಯವು ವ್ಯಕ್ತವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ ನಗರವಾಸಿಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಂದಿ ಬಾಡಿಗೆ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದು ಮನೆಗಳನ್ನು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಬದಲಾಯಿಸುತ್ತಿರುತ್ತಾರೆ.ಅಲ್ಲದೆ ಮನೆಯವರೆಲ್ಲರೂ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಹೋಗುವುದರಿಂದ ನಮ್ಮ ಸಂಪರ್ಕಕ್ಕೆ ಅವರು ಸಿಗುವುದು ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದು ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಕೆಲವು ದಾದಿಯರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿದೆ. ಕುಟುಂಬ ನಿಯಂತ್ರಣದಂತಹ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಧರ್ಮದವರ ಸ್ಪಂದನೆಯು ಉತ್ತಮವಾಗಿದ್ದು ಇನ್ನು ಕೆಲವರು ತೀರಾ ಕೆಟ್ಟದಾಗಿ ನಮ್ಮನ್ನು ನಿಂದಿಸುತ್ತಾರೆ ಎಂದು ಬಂಟ್ವಾಳ ತಾಲೂಕಿನ ಒಬ್ಬ ದಾದಿಯು ಬೇಸರವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವರಿಗೆ ೪ ಮಕ್ಕಳು ಆಗಲೇ ಇದ್ದು ೫ನೇ ಬಾರಿಗೆ ಗರ್ಭವತಿಯಾದ ಪತ್ನಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿವಹಿಸುವಂತೆ ಹಾಗೂ ಸಂತಾನಹರಣ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಸೂಚಿಸಿದರೆ ಅವರ ಪತಿಯು ಕೆಟ್ಟ ಮಾತುಗಳಿಂದ ನಮ್ಮ ಮೇಲೆ ರೇಗುತ್ತಾರೆ. ಈ ವಿಷಯವಾಗಿ ಮಾತನಾಡುವುದಾದರೆ ನಮ್ಮ ಮನೆ ಅಂಗಳಕ್ಕೆ ಬರುವುದೇ ಬೇಡ ಎಂದು ಕಟು ಮಾತುಗಳನ್ನಾಡುತ್ತಾರೆ. ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ನಮಗೆ ಅವರ ಮನವೊಲಿಸುವುದು ತುಂಬಾ ಕಷ್ಟದ ಕೆಲಸ ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ ಸುಳ್ಯದ ನಾಗಮ್ಮ (ಹೆಸರು ಬದಲಾಯಿಸಲಾಗಿದೆ) ಎನ್ನುವ ದಾದಿ.



ಮಹರಿ ವಾಂಡರ್ ವಿಲ್ ಏಲಿಯಾನ್ಸ್‌ನ ಎಕ್ಸಿಕ್ಯೂಟಿವ್ ಡೈರೆಕ್ಟರ್ ಆಗಿರುವಂತಹ ವಿಲ್‌ಕಿನ್ಸ್ ಅವರು ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣಾ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯ ಕುರಿತಾಗಿ, "ನಾವು ದಾದಿಯರಿಂದ ಕಲಿಯುವುದು ಬಹಳಷ್ಟು ಇದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯದ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಗೆ ದಾದಿಯರ ಅಗತ್ಯ ಬಹಳ ಇದೆ. ದಾದಿಯರನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳದ ಸಮುದಾಯದ ಪ್ರಗತಿ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟವನ್ನು ತಲುಪುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗಿದೆ. ವೈದ್ಯರು, ಸಂಶೋಧನೆ ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿನ ಇತರರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪರಿಶ್ರಮವನ್ನು ದಾದಿಯು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ನೀಡುತ್ತಾಳೆ. ಆದರೆ ದಾದಿಯ ಈ ಶಾಂತಿಯುತ ಕೆಲಸ ಹಾಗೂ ಶ್ರಮವನ್ನು ಗುರುತಿಸುವಲ್ಲಿ ನಾವು ವಿಫಲರಾಗಿದ್ದೇವೆ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೧೫ ಯಾವ ಮಾಧ್ಯಮದ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜನರಿಗೆ ತಲುಪಿಸುತ್ತೀರಿ?

ಕ್ರಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಕ್ಯಾಂಪ್‌ಗಳು	೩೯೯	೯೯.೭೫
೨	ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯಗಳು	೩೭೩	೯೩.೨೫
೩	ರೋಗ ನಿರ್ಮೂಲನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ	೩೭೩	೯೩.೨೫
೪	ಆರೋಗ್ಯ ಜಾಗೃತಿ ಮಾಹಿತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ	೩೯೫	೯೮.೭೫
೫	ಉಚಿತ ತಪಾಸಣಾ ಶಿಬಿರಗಳು	೪೦೦	೧೦೦
೬	ಲಸಿಕೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ	೩೯೭	೯೯.೨೫

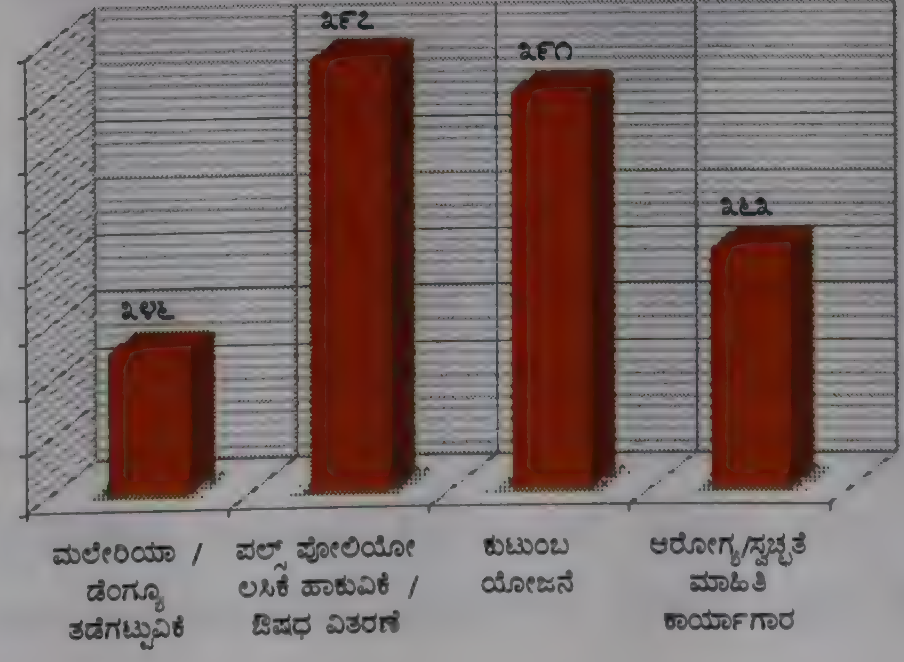




ಸರ್ಕಾರದ ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಸರ್ಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ತರಬೇಕು. ಪ್ರತಿ ತಿಂಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ವತಿಯಿಂದ ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿ, ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ, ಕಾಲೇಜುಗಳಲ್ಲಿ, ಸ್ಲಂ ನಿವಾಸಿಗಳಿಗೆ, ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶದ ಜನರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಕೈಗಾರಿಕಾ ವಲಯದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಹಲವಾರು ರೀತಿಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ನಡೆಸುತ್ತಿವೆ. ಕ್ಯಾಂಪ್‌ಗಳು, ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯಗಳು, ಉಚಿತ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣಾ ಶಿಬಿರಗಳು, ರೋಗ ನಿರ್ಮೂಲನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮುಖಾಂತರ ಜನಜಾಗೃತಿಯನ್ನು ಮೂಡಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಊರಿನ ಮುಖಂಡರುಗಳ ಜೊತೆ ಚರ್ಚಿಸಿ ಜನರು ಇನ್ನಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಕೆ ವಹಿಸುವಂತೆ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಇತರ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಗಿಂತ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರವೇ ಗಮನಾರ್ಹವಾದುದು. ಗ್ರಾಮ ಸಭೆಗಳಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಿ ಜನರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ನಿರ್ಣಾಯಕ ನಿರ್ಧಾರಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ಮಹತ್ತರ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಸಂದರ್ಶಿಸಿದ ದಾದಿಯರ ಪೈಕಿ ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಜಾಗೃತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಶೇ. ೯೦ಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಜನಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಬಹುದು.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೧೬ ಇದುವರೆಗೆ ಯಾವ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣಾ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಿದ್ದೀರಿ?

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಮಲೇರಿಯಾ / ಡೆಂಗ್ಯೂ ತಡೆಗಟ್ಟುವಿಕೆ	೩೪೬	೮೬.೫
೨	ಪಲ್ಸ್ ಪೋಲಿಯೋ ಲಸಿಕೆ ಹಾಕುವಿಕೆ / ಔಷಧ ವಿತರಣೆ	೩೯೭	೯೯.೨೫
೩	ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ	೩೯೧	೯೭.೭೫
೪	ಆರೋಗ್ಯ/ಸ್ವಚ್ಛತೆ ಮಾಹಿತಿ ಕಾರ್ಯಾಗಾರ	೩೬೩	೯೦.೭೫

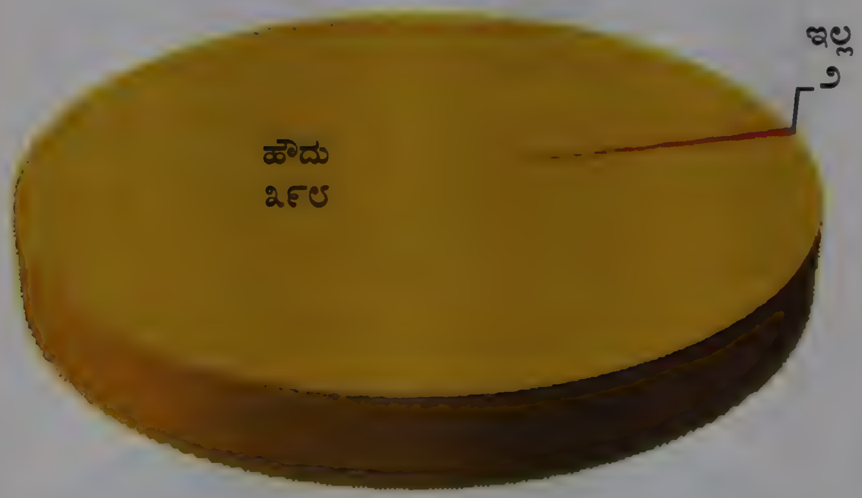


ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣಾ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳಾದ ಮಲೇರಿಯಾ, ಡೆಂಗ್ಯೂ, ಚಿಕನ್ ಗುನ್ಯಾ, ಪಲ್ಸ್ ಪೋಲಿಯೋ ಲಸಿಕಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಔಷಧಿ ವಿತರಣೆ, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ವಚ್ಛತೆ ಕುರಿತಾದ ಮಾಹಿತಿ ಕಾರ್ಯಾಗಾರಗಳು, ಮಹಿಳೆಯರ ಹಾಗೂ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡುವುದು, ತುರ್ತು ಘಟಕಗಳ ನಿಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರ ಹಿರಿದಾಗಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ೯೨% ದಾದಿಯರು ಈ ಮೇಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣಾ ಯೋಜನೆಳಲ್ಲಿ ಪಾಲ್ಗೊಂಡಿರುವುದು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಿಗದಿತ ದಿನಾಂಕದೊಳಗೆ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ತಲುಪಿಸುವುದು ಇವರ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯಾಗಿರುವುದಲ್ಲದೆ ಪ್ರತೀ ತಿಂಗಳಿನಲ್ಲಿ ನಿಗದಿತ ಯೋಜನೆಯ ಗುರಿಯನ್ನು ತಲುಪಿದ ರೀತಿ ಹಾಗೂ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳನ್ನು ನೀಡಬೇಕಾಗಿರುವುದು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೧೭ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಜನಸಮುದಾಯವನ್ನು ತಲುಪುತ್ತಿವೆಯೇ?

ಕ್ರಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಹೌದು	೩೯೮	೯೯.೫
೨	ಇಲ್ಲ	೨	೦.೫
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦%



ಈ ಎಲ್ಲಾ ಯೋಜನೆಗಳ ಪ್ರತಿಫಲವಾಗಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು ಅದರಲ್ಲೂ ಮಲೇರಿಯಾದಂತಹ ರೋಗಗಳು ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಬಂದಿವೆ. ೨೦೧೯ರ ಜುಲೈ ತಿಂಗಳಿನಲ್ಲಿ ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಕಳೆದ ಬಾರಿಗಿಂತಲೂ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಅಂದರೆ ಸುಮಾರು ೪೫೨ ಡೆಂಗ್ಯೂ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಒಂದೇ ವಾರದಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾಗಿತ್ತು. ಮಂಗಳೂರಿನ ಗುಜ್ಜರಕೆರೆಯ ಬಳಿ ಇದ್ದ ಒಂದು ಡ್ರೈನೇಜ್‌ನಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ಕೊಳಚೆಯಿಂದ ಡೆಂಗ್ಯೂ ಸೊಳ್ಳೆ ಉತ್ಪತ್ತಿಯಾಗಿ ಇದರಿಂದ ೪ ಮಂದಿ ಸಾವಿಗೀಡಾಗಿದ್ದರು. ಜಿಲ್ಲಾಡಳಿತವು ಕೂಡಲೇ ಎಚ್ಚೆತ್ತು ಕೇವಲ ಒಂದೇ

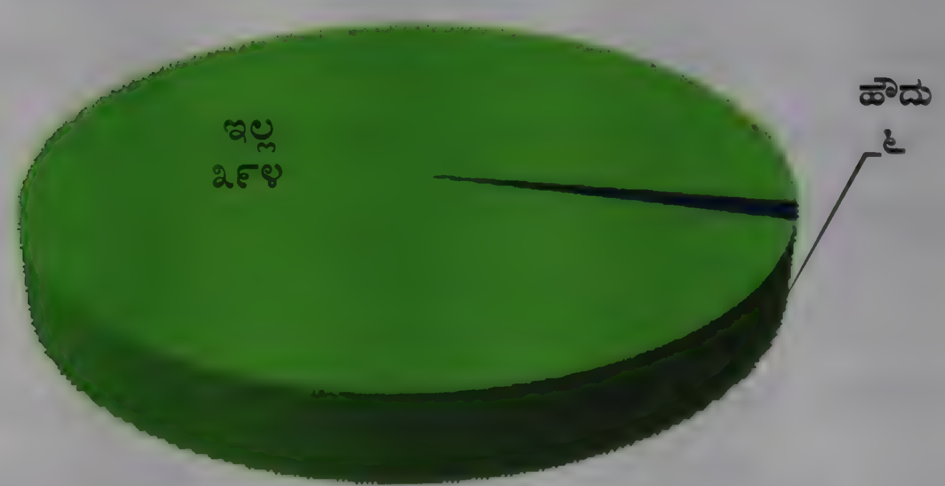


ವಾರದಲ್ಲಿ ಡೆಂಗ್ಯೂವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ತಂದಿತು. ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಶ್ರಮವೂ ಶ್ಲಾಘನೀಯವಾದುದು. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ೨೦೧೫-೧೬ರಲ್ಲಿ ೬೨೨ರಷ್ಟಿದ್ದ ಏಡ್ಸ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಇಳಿಮುಖವಾಗಿದ್ದು, ೨೦೧೭-೧೮ರಲ್ಲಿ ೬೧೦ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿದವರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ೧೬,೪೨೧ (೨೦೧೬ರಲ್ಲಿ) ಇದ್ದು, ಇದು ೨೦೧೭-೧೮ರಲ್ಲಿ ೨೬,೮೭೦ ಆಗಿದೆ. ಕುಷ್ಠ ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿದ್ದು ಗುಣಮುಖರಾದವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಏರಿಕೆಯಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಜನ ಸಮುದಾಯವನ್ನು ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಮುಟ್ಟುತ್ತಿವೆಯೇ? ಎಂಬ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ೯೯.೫%ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ಹೌದು ಎಂಬ ಉತ್ತರವನ್ನು ನೀಡಿದ್ದು, ಜನಜಾಗೃತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಅವರ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯ ಮಹತ್ವವನ್ನು ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ.

ವಿಲ್‌ಕಿನ್ಸ್ ಅವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯದಂತೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಾವು ದಾದಿಯರ ಸಮಾಜಮುಖಿ ಸೇವೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗಿದ್ದೇವೆ ಎಂಬುದು ಅಕ್ಷರಶಃ ಸತ್ಯ. ಓರ್ವ ದಾದಿಯು ಆಸಕ್ತಿಯಿಂದಲೋ, ವೃತ್ತಿ ಸಂಬಂಧವಾಗಿಯೋ ಜನಸೇವೆ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದಲೇ ಈ ವೃತ್ತಿಗೆ ಸೇರುತ್ತಾಳೆ. ಆದರೆ ಒಮ್ಮೆ ಈ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ಮೇಲೆ ಸೇವೆ ಒಂದು ಬಿಟ್ಟು ಬೇರೆ ಯಾವ ಉದ್ದೇಶವೂ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಅವರಿಗೆ ದೊರಕುವ ಆತ್ಮತೃಪ್ತಿಯೊಂದೇ ಸಾಕು ಎಂಬುವುದು ಹೆಚ್ಚಿನ ದಾದಿಯರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ.[೧೬]

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೧೮ ಉತ್ತಮ ಸೇವೆಗಾಗಿ ಪ್ರಶಸ್ತಿಗಳು ಸಿಕ್ಕಿವೆಯೇ?

ಕ್ರಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಹೌದು	೬	೧.೫
೨	ಇಲ್ಲ	೩೯೪	೯೮.೫
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦

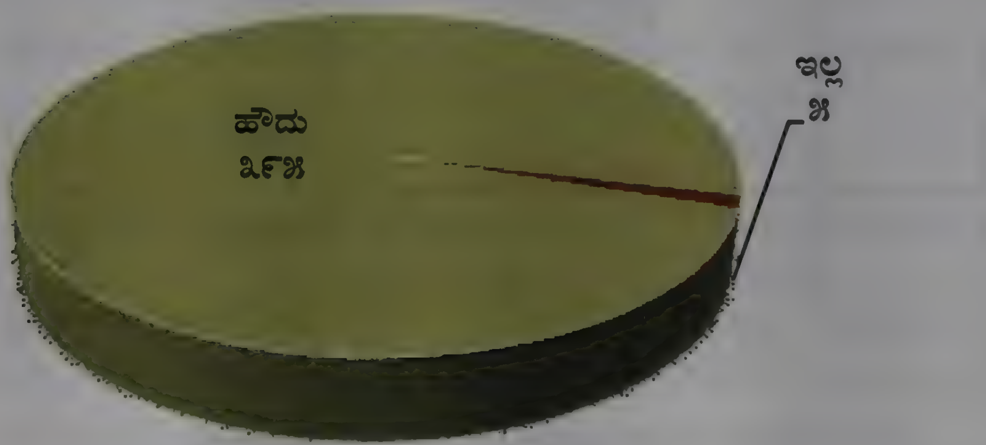




ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಸಂದರ್ಶಿಸಿದ ದಾದಿಯರಲ್ಲಿ ಶೇ. ೯೮.೫%ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ತಮಗೆ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶಸ್ತಿಗಳು ದೊರೆತಿಲ್ಲ. ನಮ್ಮನ್ನು ಯಾರೂ ಗುರುತಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಹಾಗೆಂದು ನಾವು ಯಾವುದೇ ಸನ್ಮಾನಗಳ ನಿರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲೂ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ತಮ್ಮ ಅನಿಸಿಕೆಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ನಗರದ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಶ್ರೀಮತಿ ಹರಿಣಿ ಪಿ. ಅವರಿಗೆ ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದ ಸರ್ವೋತ್ತಮ ಪ್ರಶಸ್ತಿ, ಫ್ಲೋರೆನ್ಸ್ ನೈಟಿಂಗೇಲ್ ಪ್ರಶಸ್ತಿ(೨೦೧೭) ನೀಡಲಾಗಿದ್ದು, ಇವರು ಇತರ ಹಲವಾರು ಸಂಘ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಂದ ಸನ್ಮಾನಕ್ಕೊಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ. ದಾದಿಯರ ಸೇವೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸುವ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ನಮ್ಮ ಸಮಾಜವು ಇನ್ನೂ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿದೆ ಎಂಬುದು ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೧೯ ಈ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ನಿಮಗೆ ತೃಪ್ತಿ ಇದೆಯೇ?

ಕ್ರಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಹೌದು	೩೯೫	೯೮.೭೫
೨	ಇಲ್ಲ	೫	೧.೨೫
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦



ದಾದಿಯರ ಸೇವೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ಸೇವೆಯು ತೃಪ್ತಿ ತಂದಿದೆಯೇ ಎಂಬ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ೯೮.೭೫%ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ನಮಗೆ ತೃಪ್ತಿ ಇದೆ ಎಂದು ಉತ್ತರವನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲಸದ ಒತ್ತಡ, ಮೇಲಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಿರಿಕಿರಿ, ಕುಟುಂಬದವರ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡದ ನಡುವೆಯೂ ನಾವು ಈ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ತೃಪ್ತಿಯಿಂದ, ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಿಂದ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸಿಕೊಂಡು ಹೋಗುತ್ತಿದ್ದೇವೆ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಸುಳ್ಯ ತಾಲೂಕಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ದಾದಿಯಾದ ಶ್ರೀಮತಿ ವಿನುತಾರವರ(ಹೆಸರು ಬದಲಾಯಿಸಲಾಗಿದೆ) ಹೇಳಿಕೆಯಂತೆ, "ನನ್ನ ಮಗುವಿಗೆ ೩ ತಿಂಗಳಿದ್ದಾಗ ನನಗೆ ಈ ಕೆಲಸ ಸಿಕ್ಕಿತು. ಸಣ್ಣ ಮಗುವನ್ನು ಮನೆಯಲ್ಲಿ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಸರಿಯಾದ ಜನವೂ ಇರಲಿಲ್ಲ. ಆದರೆ

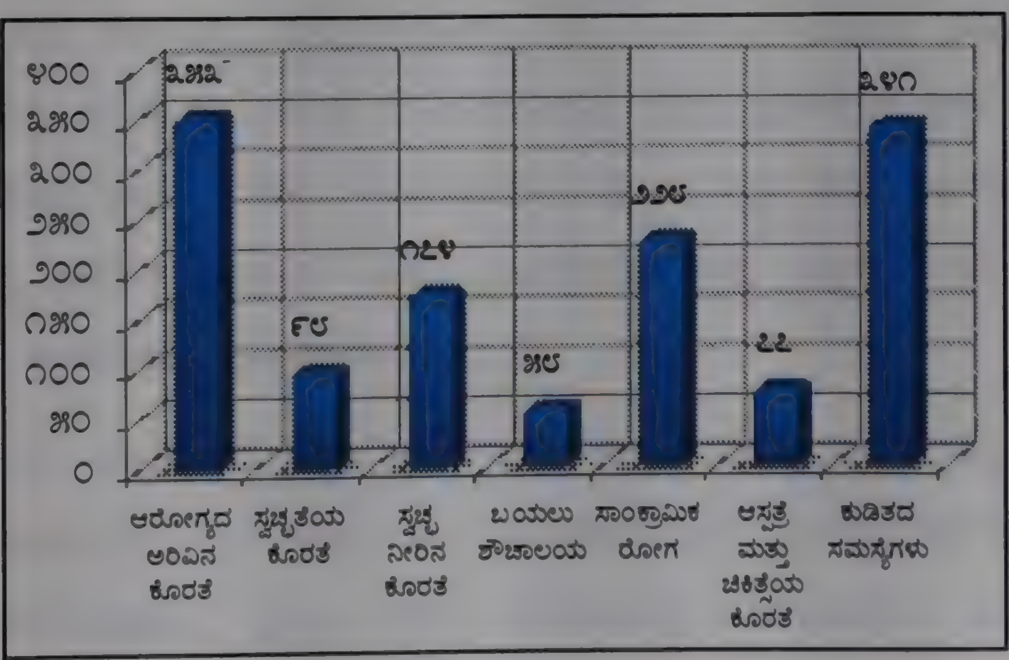


ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಹಾಜರಾಗುವ ಕಾರಣದಿಂದ ಮಗುವನ್ನು ಬಿಟ್ಟು ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ಮನೆಯಿಂದ ಹೊರಟರೆ, ಮತ್ತೆ ಮನೆ ತಲುಪುವಾಗ ರಾತ್ರಿಯಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಹಾಗೆಂದು ನಾನು ಮಗುವಿನ ಯೋಚನೆಯಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಕರ್ತವ್ಯದ ಕಡೆಗಿನ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಮರೆಯಲಿಲ್ಲ ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ.

ಆಲ್‌ಆಮೆರಿ ಅವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯದ ಪ್ರಕಾರ, "ದಾದಿಯರು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳ ಅಥವಾ ಜನರ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ದಾಖಲಿಸುವುದು ಬಹು ಮುಖ್ಯ ಅಂಶ"[೧೭] ಎಂದಿದ್ದಾರೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹಲವು ರೀತಿಯ ರೋಗಿಗಳಿರುತ್ತಾರೆ. ಅವರೆಲ್ಲರ ಸಮಸ್ಯೆಯ ದಾಖಲೀಕರಣವು ಆ ವಾರ್ಡಿನಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ದಾದಿಯ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಯಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೨೦ ನೀವು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಜನರಿಗೆ ಯಾವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿವೆ?

ಕ್ರಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆ	೩೫೩	೮೮.೨೫
೨	ಸ್ವಚ್ಛತೆಯ ಕೊರತೆ	೯೮	೨೪.೫
೩	ಸ್ವಚ್ಛ ನೀರಿನ ಕೊರತೆ	೧೭೪	೪೩.೫
೪	ಬಯಲು ಶೌಚಾಲಯ	೫೮	೧೪.೫
೫	ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗ	೨೨೮	೫೭
೬	ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕೊರತೆ	೭೭	೧೯.೨೫
೭	ಕುಡಿತದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು	೩೪೧	೮೫.೨೫





ಮಾನಸಿಕ ಖಾಯಿಲೆಯ ರೋಗಿಯ ಶುಶ್ರೂಷೆ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಗಂಭೀರ ಖಾಯಿಲೆಯಿರುವ ರೋಗಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ದಾಖಲಿಸುವುದು ಬಹು ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ. ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಮಾಡುವ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಯಾವುದೇ ಖಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಅಥವಾ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಗಮನಹರಿಸಿ, ಅದನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿ, ಮೇಲಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ವರದಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುವುದು, ಸಮಸ್ಯೆಯು ತೀವ್ರತೆರನಾಗಿದ್ದರೆ ಆ ಕೂಡಲೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಅವಕಾಶವನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಡುವುದು ದಾದಿಯರ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಾಗಿದೆ.

ಇಲ್ಲಿ ಜನರ ಸಮಸ್ಯೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ದಾದಿಯರನ್ನು ಪ್ರಶ್ನಿಸಿದಾಗ ೮೮.೨೫%ರಷ್ಟು ಮಂದಿ ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆ ಇರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ ಹಾಗೂ ೮೫.೨೫%ರಷ್ಟು ಮಂದಿ ದಾದಿಯರು ಈಗಲೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಜನರು ಕುಡಿತದ ಚಟಕ್ಕೆ ಬಲಿಯಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ತೀರಾ ನಿರ್ಲಕ್ಷವಹಿಸಿರುವುದಲ್ಲದೆ ಯಾರ ಬುದ್ಧಿವಾದದ ಮಾತನ್ನೂ ಕೇಳುವ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಅವರು ಇಲ್ಲ ಎನ್ನುವುದು ತಿಳಿಸುಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ ತಾಲೂಕಿನ ತ್ರಿವೇಣಿ(ಹೆಸರು ಬದಲಾಯಿಸಲಾಗಿದೆ) ಅವರು ತಮ್ಮ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ವಿವರಿಸುತ್ತಾ, "ನನ್ನ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಹಾಗೂ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದ ಜನರು ಹೆಚ್ಚಿದ್ದು, ಅವರಲ್ಲಿ ಅನೇಕರು ಅವಿದ್ಯಾವಂತರು, ಬಡವರು ಹಾಗೂ ನಿರುದ್ಯೋಗಿಗಳು. ಅಂಥವರು ಖಾಯಿಲೆ ಬಂದಾಗ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆಂದು ಹೋಗಲು ಭಯಪಡುತ್ತಾರೆ. ಸರ್ಕಾರಿ ದೊಡ್ಡ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಬರಬೇಕೆಂದರೆ ಮಂಗಳೂರಿಗೇ ಬರಬೇಕು. ಅಲ್ಲಿ ಅವರಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ಸ್ಪಂದನೆ ಸಿಗುವುದಿಲ್ಲ. ಹೀಗಾಗಿ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ತೀರಾ ಹದಗೆಡುವವರೆಗೂ ಮನೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಇದ್ದುಬಿಡುತ್ತಾರೆ. ನಮಗೆ ಸರಕಾರ ಒಂದು ವಾಹನ ಕೊಟ್ಟಿದೆ. ಆದರೆ ಅದು ಸುಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಡ್ರೈವರ್ ಕೂಡ ಸರಿಯಾಗಿ ಕರ್ತವ್ಯಕ್ಕೆ ಹಾಜರಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಯಾವಾಗಲೂ ಕುಡಿದು ಮಲಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಗ್ರಾಮ ಸಭೆಗಳಲ್ಲಿ ನಾನು ಈ ಕುರಿತು ಮಾತನಾಡಿದಾಗ ಕೆಲವು ಬುಡಕಟ್ಟು ವರ್ಗದ ಜನರಿಗೆ ಡ್ರೈವರ್ ಹಣಕೊಟ್ಟು ಅವನ ಪರವಾಗಿ ಮಾತನಾಡುವಂತೆ ಮಾಡಿರುತ್ತಾರೆ. ನಮ್ಮ ಮೇಲಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೂ ದೂರು ಕೊಟ್ಟೆ. ಅವರು ಯಾವುದೇ ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಳ್ಳಲಿಲ್ಲ. ನಾನು ಒಬ್ಬಳೇ ಏನು ಮಾಡಲಿ? ಎಂದು ತಮ್ಮ ಬೇಸರವನ್ನು ತೋಡಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ಇಲ್ಲಿ ಓರ್ವ ದಾದಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಸೇವೆ ನೀಡಬೇಕೆಂಬ ಮನಸ್ಸಿದ್ದರೂ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಆಕೆಯ ಕೈಯನ್ನು ಕಟ್ಟಿಹಾಕಿರುತ್ತದೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರಾಗಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವವರಲ್ಲಿ ೯೭%ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿದ್ದು, ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುವುದು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸುಲಭದ ಮಾತಲ್ಲ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ.

ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಅವರು ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು

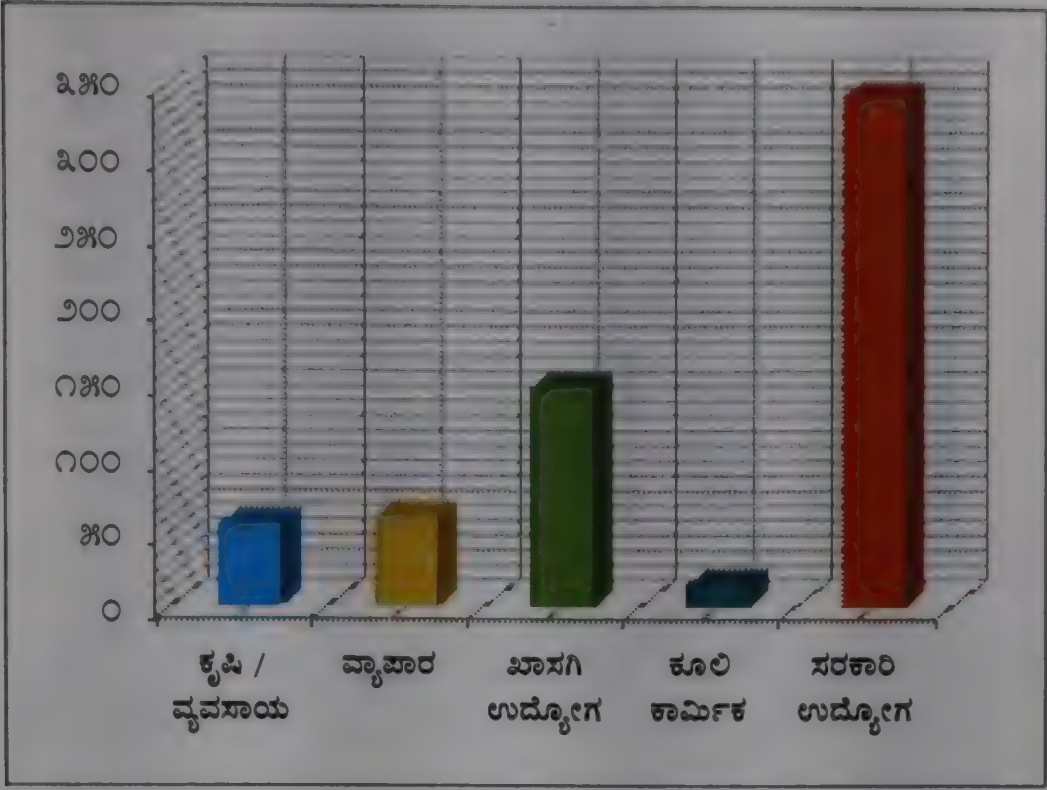
ದಾದಿಯರ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಅವರು ಎದುರಿಸುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಈ ರೀತಿಯಾಗಿ ವರ್ಗೀಕರಿಸಬಹುದು. ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆ, ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಸಮಸ್ಯೆ ಹಾಗೂ ಲಿಂಗಾಧಾರಿತ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು. ದಾದಿಯರ ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಆರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ, ವೇತನ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು, ಕುಟುಂಬದ ಆದಾಯ, ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಭಡ್ತಿಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಗಮನಹರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಬದುಕು, ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ದೊರಕುವ ಗೌರವ ಸ್ಥಾನಮಾನಗಳು, ಕುಟುಂಬ ವರ್ಗದವರ ಸಹಕಾರಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯು ತನ್ನ ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಎದುರಿಸುವ ಅಧಿಕ ಕಾರ್ಯದೊತ್ತಡ, ಮಾನಸಿಕ ದೈಹಿಕ ದೌರ್ಜನ್ಯಗಳು, ಮೇಲಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದ ಒತ್ತಡಗಳು ಹಾಗೂ ವೃತ್ತಿ ಭದ್ರತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಗಮನಹರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಲಿಂಗಾಧಾರಿತ ಸಮಸ್ಯೆಯು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಮಹಿಳೆಯರ ಪ್ರಾತಿನಿಧ್ಯವಿರುವ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯ ಲಿಂಗ ತಾರತಮ್ಯದ ಕುರಿತಂತೆ ಬೆಳಕು ಚೆಲ್ಲುತ್ತದೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿಗತಿ

ಸೇವಾ ಮನೋಭಾವ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕ ಸಬಲತೆಯನ್ನು ಹೊಂದುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಮಹಿಳಾ ದಾದಿಯರು ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಬಡತನದ ಹಿನ್ನೆಲೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಇವರು ತಮ್ಮ ಜೀವನ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ತಮಗೆ ದೊರಕುವ ವೇತನವನ್ನೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಇವರ ಕುಟುಂಬ ವರ್ಗವು ಇವರ ದುಡಿತಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಅವಲಂಬಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಶೇ.೮೯ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ಖಾಯಂ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ನೇಮಕಗೊಂಡಿದ್ದು, ಶೇ.೧೧ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ನೇಮಕಗೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೨೧ ದಾದಿಯರ ಕುಟುಂಬದ ಆದಾಯದ ಮೂಲ

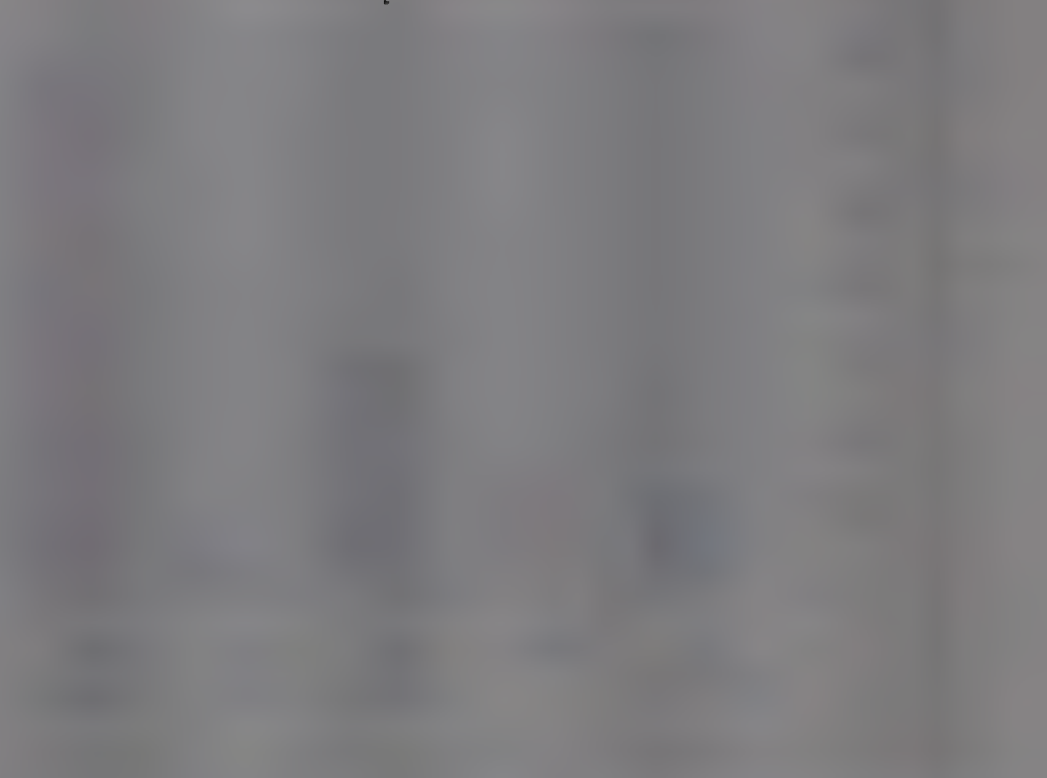
ಕ್ರಸಂ.	ಆದಾಯ ಮೂಲ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಕೃಷಿ / ವ್ಯವಸಾಯ	೫೫	೧೩.೭೫
೨	ವ್ಯಾಪಾರ	೬೧	೧೫.೨೫
೩	ಖಾಸಗಿ ಉದ್ಯೋಗ	೧೪೮	೩೭
೪	ಕೂಲಿ ಕಾರ್ಮಿಕ	೧೫	೩.೭೫
೫	ಸರಕಾರಿ ಉದ್ಯೋಗ	೩೪೨	೮೫.೫

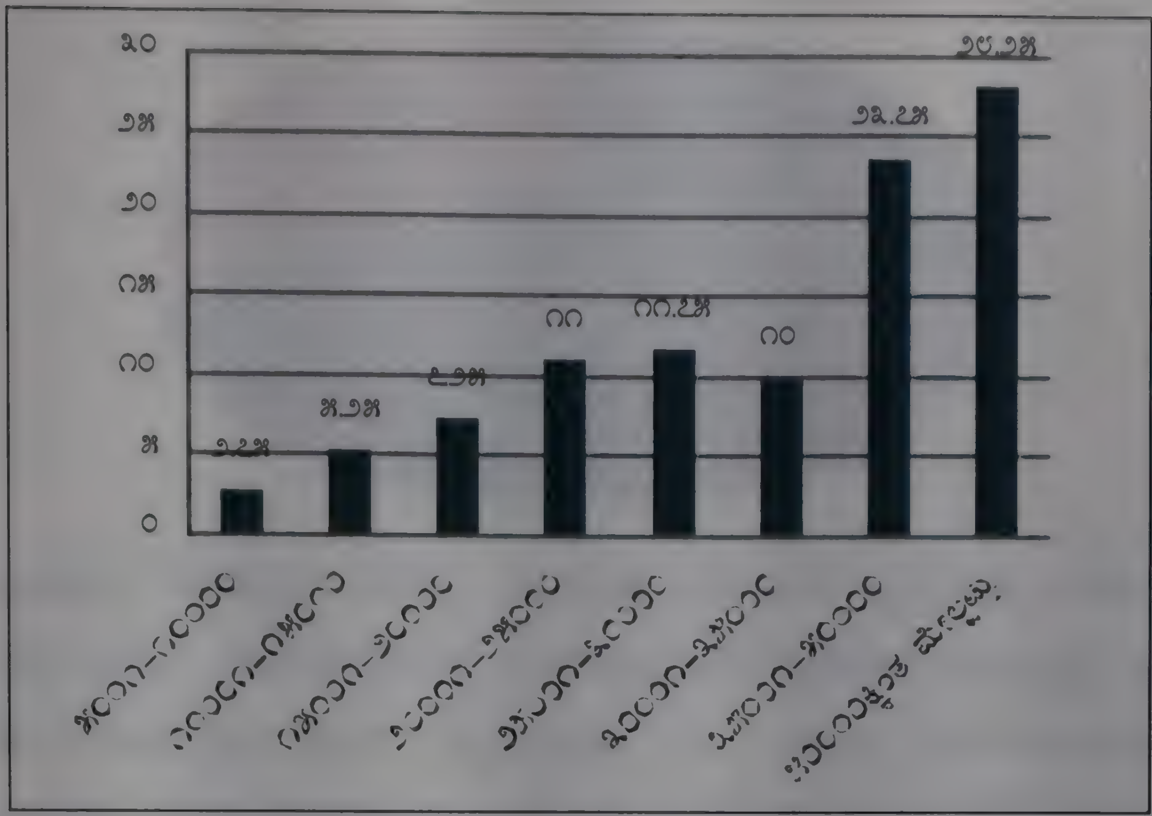


ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕದಲ್ಲಿ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ದಾದಿಯರ ಕುಟುಂಬದ ಆದಾಯ ಮೂಲದ ಕುರಿತಂತೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯ ೩೨% ದಾದಿಯರ ಕುಟುಂಬಗಳು ಖಾಸಗಿ ಉದ್ಯೋಗದ ಆದಾಯ ಮೂಲವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ೧೫.೨೫% ದಾದಿಯರ ಕುಟುಂಬಗಳು ವ್ಯಾಪಾರದ ಆದಾಯ ಮೂಲವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಶೇ.೮೫ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರ ಕುಟುಂಬಗಳು ಸರಕಾರಿ ಉದ್ಯೋಗದ ಆದಾಯ ಮೂಲವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ೩.೭೫%ದಷ್ಟು ದಾದಿ ಕುಟುಂಬಗಳು ಕೂಲಿ ಉದ್ಯೋಗದ ಆದಾಯವನ್ನೂ ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೨೨ ದಾದಿಯರ ಹಾಗೂ ಅವರ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಒಟ್ಟು ಮಾಸಿಕ ಆದಾಯ

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಮಾಸಿಕ ಆದಾಯ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	೫೦೦೧-೧೦೦೦೦	೧೧	೨.೭೫
೨	೧೦೦೦೧-೧೫೦೦೦	೨೧	೫.೨೫
೩	೧೫೦೦೧-೨೦೦೦೦	೨೯	೭.೨೫
೪	೨೦೦೦೧-೨೫೦೦೦	೪೪	೧೧
೫	೨೫೦೦೧-೩೦೦೦೦	೪೭	೧೧.೭೫
೬	೩೦೦೦೧-೩೫೦೦೦	೪೦	೧೦
೭	೩೫೦೦೧-೫೦೦೦೦	೯೫	೨೩.೭೫
೮	೫೦೦೦೦ಕ್ಕಿಂತ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟು	೧೧೩	೨೮.೨೫
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦



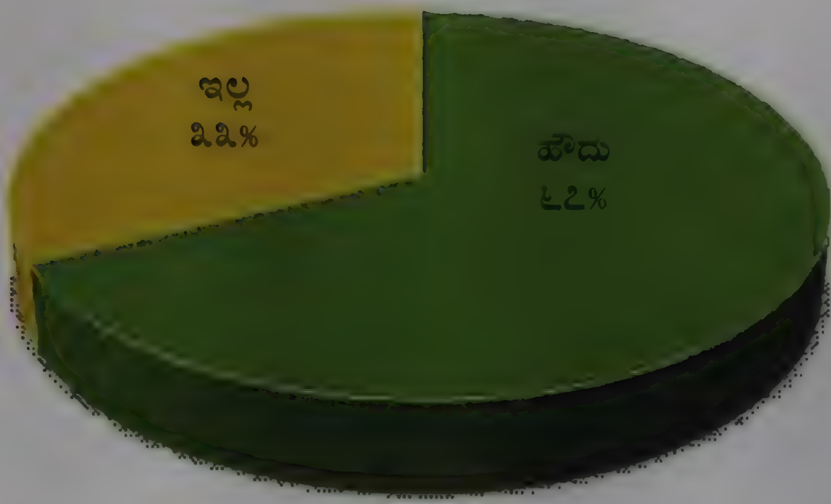


ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಹಾಗೂ ಅವರ ಕುಟುಂಬದ ಒಟ್ಟು ಮಾಸಿಕ ಆದಾಯದ ಕುರಿತಂತೆ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ೨೮.೨೫% ಕುಟುಂಬಗಳು ರೂ. ೫೦,೦೦೦ಕ್ಕಿಂತ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟು ಮಾಸಿಕ ಆದಾಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ೨೩.೭೫%ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ರೂ. ೩೫,೦೦೦ಕ್ಕಿಂತ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟು ಆದಾಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ೧೧.೭೫%ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರ ಕುಟುಂಬದ ಮಾಸಿಕ ಆದಾಯವು ರೂ. ೨೫,೦೦೦ಕ್ಕಿಂತ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟಿದ್ದರೆ, ಶೇ. ೧೧ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ರೂ. ೨೦,೦೦೦ಕ್ಕಿಂತ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟು ಆದಾಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಅತೀ ಕಡಿಮೆ ಅಂದರೆ ರೂ. ೫,೦೦೦ಕ್ಕಿಂತ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟು ಆದಾಯವನ್ನು ೨.೭೫% ದಾದಿ ಕುಟುಂಬಗಳು ಮಾಸಿಕವಾಗಿ ಗಳಿಸುತ್ತಿವೆ.

ಹೆಚ್ಚಿನ ದಾದಿಯರ ಕುಟುಂಬ ವರ್ಗವು ಸರಕಾರಿ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿದ್ದು ಮಿಲಿಟರಿ, ಬ್ಯಾಂಕ್ ಉದ್ಯೋಗ, ಮೆಸ್ಕಾಂ ವಿಭಾಗ ಹಾಗೂ ಶಿಕ್ಷಣ ಇಲಾಖೆಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಸಂದರ್ಶಿತ ೪೦೦ ಮಂದಿ ದಾದಿಯರಲ್ಲಿ ೩೨(೮%) ದಾದಿಯರ ಕುಟುಂಬಗಳು ತೀವ್ರ ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಕಷ್ಟವನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಈ ದಾದಿಯರು ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೨೩ ದಾದಿಯರು / ಕುಟುಂಬ ಸ್ವಂತ ಮನೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆಯೇ?

ಕ್ರಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಹೌದು	೨೭೦	೬೭.೫
೨	ಇಲ್ಲ	೧೩೦	೩೨.೫
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦



ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿನ ದಾದಿಯರ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಯ ಕುರಿತಂತೆ ಕಲೆಹಾಕಿದ ಮಾಹಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ೬೭.೫% ದಾದಿಯರು ಸ್ವಂತ ಮನೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ೨೧.೭೫% ದಾದಿಯರದ್ದು ಹೆಂಚಿನ ಮನೆಗಳಾದರೆ, ೪೩% ಮಂದಿ ದಾದಿಯರು ಆರ್.ಸಿ.ಸಿ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ೨.೭೫% ದಾದಿಯರು ಬಹುಮಹಡಿ ಕಟ್ಟಡಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ೧೮.೨೫%ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರಿಗೆ ವಸತಿ ನಿಲಯಗಳು ಲಭ್ಯವಿದ್ದು, ೧೨.೫% ದಾದಿಯರು ಬಾಡಿಗೆ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಹಾಗೂ ದೂರದ ಊರಿನಿಂದ ಬರಬೇಕಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ೧.೭೫%ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಸಮೀಪವಿರುವ ಸಂಬಂಧಿಕರ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ವಾಸವಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

ವಸತಿ ನಿಲಯದ ಲಭ್ಯತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅನೇಕ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಅಸಹಾಯಕತೆಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದು, ದೊರಕುವ ಅಲ್ಪ ಸಂಬಳವನ್ನು ಬಾಡಿಗೆಗೇ ವಿನಿಯೋಗಿಸಬೇಕಾಗಿ ಬರುವುದರಿಂದ ಕುಟುಂಬ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಆದುದರಿಂದ ಸರಕಾರವು ವಸತಿ ನಿಲಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿದರೆ ಬಹಳಷ್ಟು ಅನುಕೂಲವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ದಾದಿಯರಲ್ಲಿ ೧೨.೭೫% ದಾದಿಯರು ವಲಸೆ ಬಂದವರಾಗಿದ್ದು, ತಮ್ಮ ವಾಸಕ್ಕೆ ಬಾಡಿಗೆ ಮನೆಯನ್ನು ನೆಚ್ಚಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಗೆ ಸಿಲುಕಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೨೪ ನಿಮಗೆ ಸರಿಯಾದ ವೇತನ ಸಿಗುತ್ತಿದೆಯೇ?

ಕ್ರಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಹೌದು	೧೪೬	೩೬.೫
೨	ಇಲ್ಲ	೨೫೪	೬೩.೫
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦



ಶುಶ್ರೂಷೆಯು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಒತ್ತಡದ ವೃತ್ತಿಯಾಗಿದೆ. ದಾದಿಯರು ಒತ್ತಡವನ್ನು ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಕೆಲಸ ಸಂಬಂಧಿತ ಕಾಳಜಿ ಎಂದು ಗುರುತಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇತರ ವೃತ್ತಿಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ದಾದಿಯರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಈ ಒತ್ತಡಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಪರಿಸರ, ಮಾನಸಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ದೈಹಿಕ ಒತ್ತಡಗಳಿಂದ ಹಾಗೂ ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಬೇಡಿಕೆಗಳಿಂದ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಿದ್ರಾಹೀನತೆ, ಖಿನ್ನತೆ, ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ಹಾಗೂ ಒತ್ತಡ ಸಂಬಂಧಿತ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಗುರಿಯಾಗುತ್ತಾರೆ. ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ದಾದಿಯರು ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಒತ್ತಡ(೪೦%) ಹಾಗೂ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಒತ್ತಡ ೪೩.೨%) ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ದಾದಿಯರ ಔದ್ಯೋಗಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಾಗೂ ಲಿಂಗಾಧಾರಿತ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು

ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯು ಹಲವಾರು ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಾಳೆ. ತನ್ನ ವೃತ್ತಿ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಂತೂ ಆಕೆ ಹಲವು ಬಾರಿ ಕಠಿಣ ಹಾಗೂ ಸಂದಿಗ್ಧ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಒಂದರ್ಥದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಅಭದ್ರತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವವರು ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಅಮೆರಿಕಾ ಸಂಸ್ಥಾನದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಹಾಗೂ ಇತರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಸುರಕ್ಷತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ಒಕ್ಯುಪೇಷನಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸೇಫ್ಟಿ ನೆಟ್‌ವರ್ಕ್(ಓ.ಎಚ್.ಎಸ್.ಎನ್.) ಎನ್ನುವ ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ಕಣ್ಗಾವಲು ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇದ್ದು, ಇದನ್ನು ನ್ಯಾಷನಲ್ ಇನ್‌ಸ್ಟಿಟ್ಯೂಟ್ ಫಾರ್ ಆಕ್ಯುಪೇಷನಲ್ ಸೇಫ್ಟಿ ಆ್ಯಂಡ್ ಹೆಲ್ತ್(ಎನ್.ಐ.ಓ.ಐ.ಎಸ್.ಹೆಚ್.) ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಿದೆ.

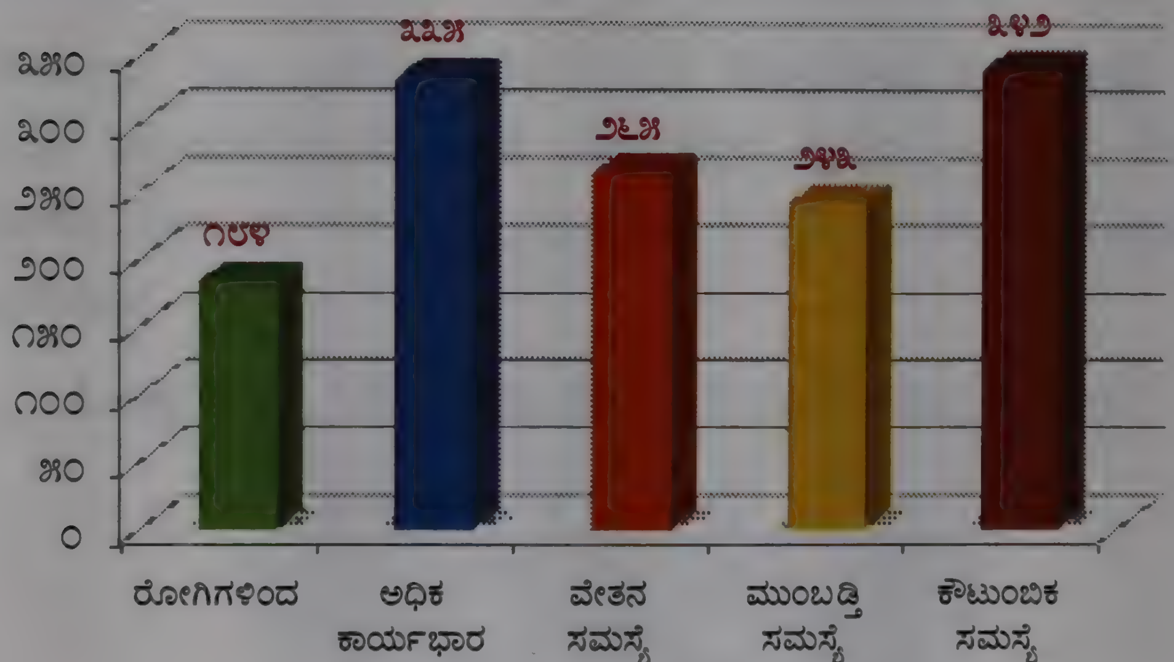
ತನ್ನ ಔದ್ಯೋಗಿಕ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ಹಲವಾರು ಹಿಂಸೆ ಮತ್ತು ನಿಂದನೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಈ ಹಿಂಸೆಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ರೋಗಿಗಳಿಂದ, ರೋಗಿಗಳ ಕುಟುಂಬದವರಿಂದ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಸಂಭವವು ಇರುತ್ತದೆ. ೨೦೧೧ರಲ್ಲಿ ಶೇ. ೫೭%ರಷ್ಟು ಅಮೆರಿಕಾದ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಕರ್ತವ್ಯದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ದೌರ್ಜನ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದರು ಹಾಗೂ ೧೭% ದಾದಿಯರು ದೈಹಿಕ ದೌರ್ಜನ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದರು ಎಂಬ ಉಲ್ಲೇಖಗಳನ್ನು ನಾವಿಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸಬಹುದು.

ಹರಿಪ್ರಸಾದ್ ಕಾಫ್ಲೆರವರ ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಕಾರ ದಾದಿಯರ ವಿರುದ್ಧದ ಲೈಂಗಿಕ ಕಿರುಕುಳವು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿನ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆ ಮತ್ತು ಉತ್ಪಾದಕತೆಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ.[೮] ದಾದಿಯರ ಲೈಂಗಿಕ ಕಿರುಕುಳ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ನಡೆಸಲಾಯಿತು. ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ನೇಪಾಳದ ಕಾಸ್ಕಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಒಂದು ಸರಕಾರಿ ಮತ್ತು ೩ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ದಾದಿಯರನ್ನು ಸೇರಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಒಟ್ಟು ೧೯೦ ದಾದಿಯರಲ್ಲಿ ೧೩೪ ದಾದಿಯರು ಭಾಗವಹಿಸಿದ್ದು ೫೪(೪೦.೩೦%) ಮಂದಿ ಇದುವರೆಗೆ ಕೆಲವು ರೀತಿಯ ಲೈಂಗಿಕ ಕಿರುಕುಳಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಮೌಖಿಕ

ಕಿರುಕುಳವು ಸಾಮಾನ್ಯ ಸ್ವರೂಪದ್ದಾಗಿದ್ದು ೨೦-೨೯ ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನ(೬೨.೯೬%) ಮತ್ತು ಅವಿವಾಹಿತ (೫೯.೨೫%) ದಾದಿಯರಲ್ಲಿ ಲೈಂಗಿಕ ಕಿರುಕುಳ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಪ್ರಮುಖ ಅಪರಾಧಿಗಳಾಗಿದ್ದು (೩೭.೦೩%) ನಂತರ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಬಂಧಿಕರು(೨೫.೯೩%) ಈ ಅಪರಾಧವನ್ನು ಮಾಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಉದ್ಯೋಗದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಲೈಂಗಿಕ ಕಿರುಕುಳವು ಹಳೆಯ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದ್ದು ಶುಶ್ರೂಷಾ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಮತ್ತು ವ್ಯಾಪಕವಾದ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೨೫ ನಿಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳೇನು?

ಕ್ರಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ರೋಗಿಗಳಿಂದ	೧೮೪	೪೬
೨	ಅಧಿಕ ಕಾರ್ಯಭಾರ	೩೩೫	೮೩.೭೮
೩	ವೇತನ ಸಮಸ್ಯೆ	೨೬೫	೬೬.೨೧
೪	ಮುಂಬಡ್ತಿ ಸಮಸ್ಯೆ	೨೪೩	೬೦.೮೧
೫	ಕೌಟುಂಬಿಕ ಸಮಸ್ಯೆ	೩೪೨	೮೫.೫



ದಾದಿಯರು ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಎದುರಿಸುವ ಸಮಸ್ಯೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ಕೇಳಲಾದ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ೧೮೪ ಮಂದಿ ರೋಗಿಗಳಿಂದ(೪೬.೦೦%), ೩೩೫ ಮಂದಿ(೮೩.೭೮%) ಅಧಿಕ ಕಾರ್ಯಭಾರದಿಂದ, ೨೬೫ ಮಂದಿ(೬೬.೨೧%) ವೇತನ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದ, ೨೪೩ ಮಂದಿ(೬೦.೮೧%) ಮುಂಬಡ್ತಿ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ೩೪೨ ಮಂದಿ(೮೫.೫೦%) ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕುಟುಂಬ ವರ್ಗದವರ ಸಹಕಾರ ಬಹಳ ಕಡಿಮೆ ಇದೆ ಹಾಗೂ ನಿತ್ಯ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಕಿರುಕುಳದಿಂದ ನೊಂದಿದ್ದೇವೆ ಎಂದು ಉತ್ತರಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.



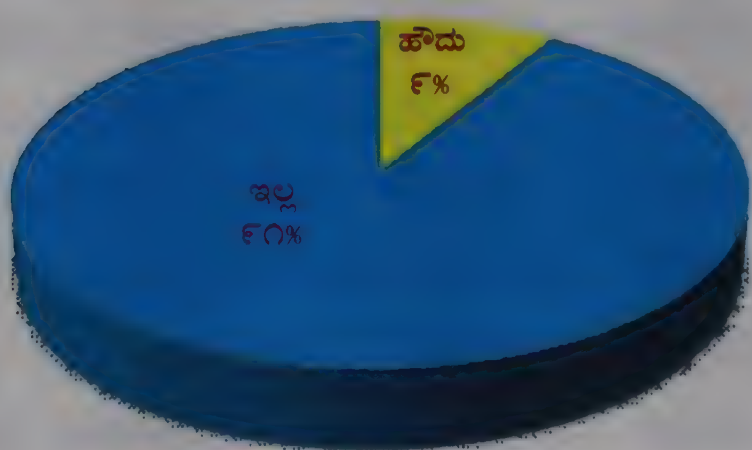
ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಇತಿಹಾಸವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದರೆ ಈ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ರೂಪಿಸುವ ಬಾಹ್ಯ ಅಂಶಗಳ ಅಧ್ಯಯನವು ನಮ್ಮ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಪೋಷಕ ಉದ್ಯೋಗಿಗಳು ಅಥವಾ ವೃತ್ತಿಪರ ಸ್ಥಾನಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವುದು ಮಹಿಳೆಯರದ್ದೇ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಎಂಬಂತೆ ಬಿಂಬಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ವೃತ್ತಿಯಾಗಿ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದಾಗಿನಿಂದ ಮಹಿಳೆಯನ್ನು ದಾದಿಯ ಚಿತ್ರದೊಂದಿಗೆ ಗುರುತಿಸುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಮನುಸ್ಮೃತಿಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹಲವು ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಲಾಗಿದೆ. "ಪುರುಷರನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರು ಹಗಲು-ರಾತ್ರಿ ಅವಲಂಬಿಸುವಂತೆ ಇರಬೇಕು. ತಂದೆಯು ಅವಳ ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ, ಅವಳ ಪತಿಯು ಯೌವ್ವನದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳು ಅವಳನ್ನು ಮುಪ್ಪಿನಲ್ಲಿ ಕಾಪಾಡುತ್ತಾರೆ."

ಭಾರತವು ಎಷ್ಟೇ ಆಧುನಿಕತೆಯ ಬೆಳಕನ್ನು ಪ್ರತಿಫಲಿಸಿದರೂ ಇನ್ನೂ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಚೌಕಟ್ಟಿನಿಂದ ಹೊರಬರಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಇದು ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯವನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ದೇಶದ ಹಲವಾರು ವಲಯಗಳು ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಹಾಗೂ ಆಧುನಿಕತೆಯ ದ್ವಂದ್ವಗಳಲ್ಲಿ ಸಿಲುಕಿ ಒದ್ದಾಡುತ್ತಿವೆ. ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ನಿರತರಾದ ಮಹಿಳಾ ದಾದಿಯರನ್ನು ಹಿಂದಿನಿಂದಲೂ ತಾತ್ಸಾರದ ಮನೋಭಾವನೆಯಿಂದಲೇ ನೋಡುತ್ತಾ ಬಂದಿದೆ. ಇದು ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಕೊಂಡಿರುವ ದಾದಿಯರ ಸಾಮಾನ್ಯವಾದ ಸತ್ಯ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಹಲವಾರು ಬಾರಿ ದಾದಿಯರು ರೋಗಿಗಳಿಂದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ರೋಗಿಯ ಸಂಬಂಧಿಕರಿಂದ ತೊಂದರೆಗೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಾರೆ. ವೈದ್ಯರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ರೋಗಿಗಳ ಕುಟುಂಬದವರ ಕೆಂಗಣ್ಣಿಗೆ ಗುರಿಯಾಗುವ ಸಂದರ್ಭಗಳೂ ಎದುರಾಗಿರುತ್ತವೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೨೬ ನಿಮಗೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆ ಇದೆಯೇ?

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಹೌದು	೩೫	೮.೭೫
೨	ಇಲ್ಲ	೩೬೫	೯೧.೨೫
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦

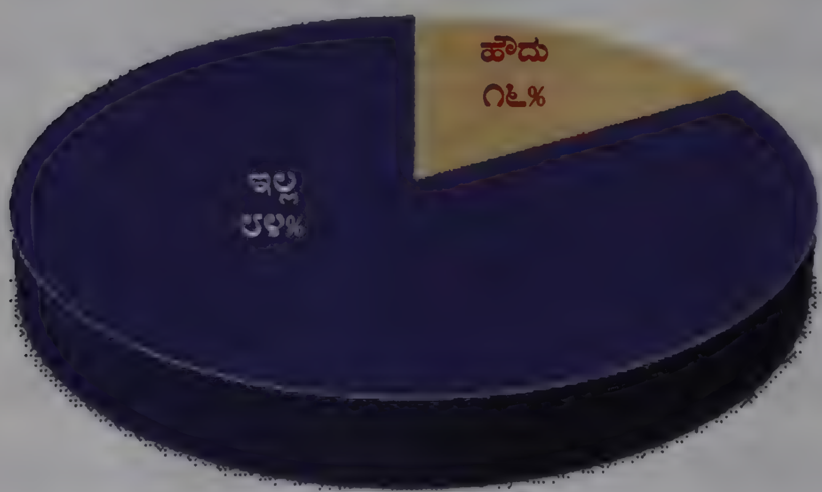




ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ನಿದ್ರಾಹೀನತೆ, ಖಿನ್ನತೆ, ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ಹಾಗೂ ಒತ್ತಡ ಸಂಬಂಧಿತ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಗುರಿಯಾಗುತ್ತಾರೆ. ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ದಾದಿಯರು ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಒತ್ತಡ(೪೦%) ಹಾಗೂ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಒತ್ತಡ ೪೩.೨%) ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ, ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ಬಹುತೇಕ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಸಂದರ್ಶಿತರಲ್ಲಿ ೯೧.೨೫% ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಉತ್ತಮವಾಗಿದೆ ಎಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಕೇವಲ ೮.೭೫% ದಾದಿಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಇವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ವಯಸ್ಸಾದ ದಾದಿಯರೇ ಆಗಿದ್ದಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವ ದಾದಿಯರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಬೆನ್ನು ನೋವು ಹಾಗೂ ಮಂಡಿನೋವಿನಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ನಡೆಯುವುದರಿಂದ ಅತಿಯಾದ ಮಂಡಿನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ ಎಂದು ಹಿರಿಯ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ವಿವರಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೨೭ ನೀವು ಯಾವುದಾದರೂ ಮಾನಸಿಕ/ಲೈಂಗಿಕ ದೌರ್ಜನ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದೀರಾ?

ಕ್ರಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಹೌದು	೬೬	೧೬.೫೦%
೨	ಇಲ್ಲ	೩೩೪	೮೩.೫೦%
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦%



ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವು ದಾದಿಯರ ಮೇಲಿನ ಮಾನಸಿಕ ಹಾಗೂ ದೈಹಿಕ ದೌರ್ಜನ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಿದ್ದು, ೬೬ ಮಂದಿ ದಾದಿಯರು(೧೬.೫೦%) ದೌರ್ಜನ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿರುವುದನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ೩೩೪ ಮಂದಿ(೮೩.೫೦%) ದಾದಿಯರು ಇದುವರೆಗೂ ತಮಗೆ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ದೌರ್ಜನ್ಯ ಕಂಡುಬಂದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಹೇಳಿರುತ್ತಾರೆ.ಆದರೆ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ದಾದಿಯರು ತಮಗಾದ ದೌರ್ಜನ್ಯದ ಕುರಿತಂತೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಲು ನಿರಾಕರಿಸಿದ್ದು, ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಗೆ ಹಾಗೂ ತಮ್ಮ ಸಾಮಾಜಿಕ ಭದ್ರತೆಗೆ ಧಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂದು ಆತಂಕ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದ



ಇನ್ನೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವೆಂದರೆ ಸಂದರ್ಶಿಸಿದ ದಾದಿಯರಲ್ಲಿ ಶೇ. ೯೨.೭೫ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮೆಚ್ಚುಗೆಯ ಹಾಗೂ ಪ್ರಶಂಸೆಯ ಮಾತುಗಳನ್ನಾಡಿದ್ದು ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿರುವ ಹೆಚ್ಚಿನ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ದಾದಿಯರೊಡನೆ ಉತ್ತಮ ಹಾಗೂ ಗೌರವಾನ್ವಿತ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಏಜೆನ್ಸಿಗಳಿಂದ ಹಾಗೂ ಮೇಲಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದ ಕಿರುಕುಳ ಅನುಭವಿಸಿದ್ದೇವೆಂದು ಕೇವಲ ೭.೨೫%ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುವುದು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಮೇಲೆ ದೌರ್ಜನ್ಯದ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆ ಇರುವುದನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ಹೆಚ್ಚು ಸುರಕ್ಷಿತವಾದ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ಕರ್ತವ್ಯವನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆಂದು ಸೂಚ್ಯವಾಗಿ ತೋರಿಸುತ್ತದೆ.

ಅಲ್ಲದೇ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಸಂದಿಗ್ಧ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಎದುರಿಸಿದ ಸಂದರ್ಭಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ೭೭.೫೦%ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ಇಲ್ಲ ಎಂದು ಉತ್ತರಿಸಿದ್ದು, ೨೨.೫೦%ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ಹೌದು ಎಂದು ಉತ್ತರಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಪಂಚದಾದ್ಯಂತ ಮಹಿಳಾ ದಾದಿಯರ ಸಂಖ್ಯೆ ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ. ದಾದಿಯರ ವೃತ್ತಿಯು ಅವರನ್ನು ಹಲವು ಬಾರಿ ನೈತಿಕತೆಯ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಎಡೆಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತದೆ. ಸ್ವಾಭಾವಿಕವಾಗಿ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಮದುವೆಯನ್ನು ವಿಳಂಬವಾಗಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ದಾದಿಯು ತನ್ನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಿಂದ ತನ್ನ ಚಲನಶೀಲತೆಯ ಮೇಲೆ ನಿಯಂತ್ರಣವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ.

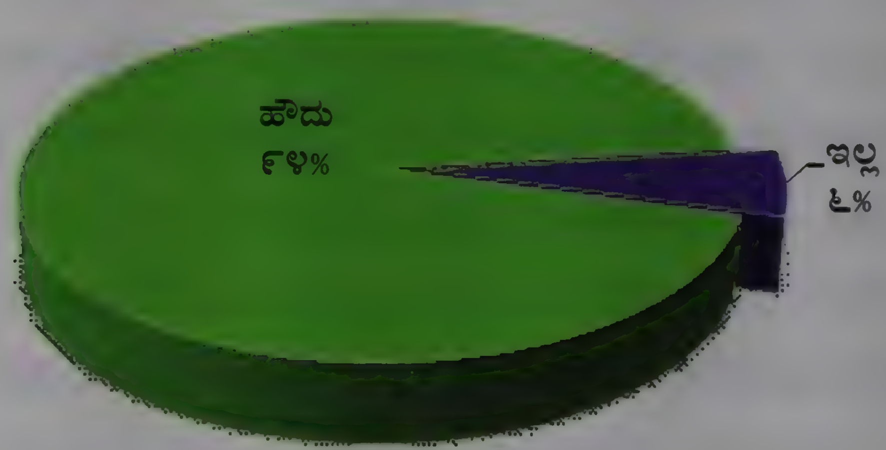
ವಿವಾಹಿತ ದಾದಿಯರು ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ತನ್ನ ಕುಟುಂಬ ವರ್ಗದವರಿಂದ ತನ್ನ ವೃತ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಶೋಷಣೆಗೊಳಗಾಗುತ್ತಾರೆ. "ದಾದಿಯರು ಕಳಪೆ ವೃತ್ತಿಪರ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ದಾದಿಯರನ್ನು ಸಡಿಲವಾದ ನೈತಿಕತೆ ಮತ್ತು ಕೆಲಸಮಾಡುವ ಕೌಶಲ್ಯರಹಿತ ಮಹಿಳೆಯಾಗಿ ಇತರರು ನೋಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಪುಲ್ಲಿಂಗ ಎನ್ನುವ ಪೂರ್ವಗ್ರಹವೂ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯ ಕರುಣಾಜನಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳು ಇನ್ನೂ ಅಸ್ಥಿತ್ವದಲ್ಲಿದೆ."[೧೯]

ದಾದಿಯರು ಬೆಳಿಗ್ಗೆಯಿಂದ ಸಂಜೆಯವರೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಮನೆಯಿಂದ ಹೊರಗೆ ಇರುವ ಕಾರಣ ಸಹಜವಾಗಿ ತನ್ನ ಸುತ್ತಲಿನ ಸಮಾಜದ ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬ ವರ್ಗದ ಕೆಂಗಣ್ಣಿಗೆ ಗುರಿಯಾಗುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಗರ್ಭಿಣಿಯರು, ಬಾಣಂತಿಯರು ಹಾಗೂ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಜನರು ದಾದಿಯರನ್ನು ಪದೇ ಪದೇ ಫೋನಿನಲ್ಲಿ ಸಂಪರ್ಕಿಸುವುದು ಮನೆಯವರ ಸಂದೇಹಕ್ಕೆ ಎಡೆಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಇದು ವಿವಾಹಿತ ದಾದಿಯರಿಗೆ ತಮ್ಮ ಕೌಟುಂಬಿಕ ನೆಮ್ಮದಿಗೆ ಭಂಗ ತರುವಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳು ಎದುರಾಗಿರುವುದು ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಕೌಟುಂಬಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ೩೪೨ ಮಂದಿ(೮೫%) ದಾದಿಯರು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದ್ದು, ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಯ ಕಾರಣದಿಂದ ಕೌಟುಂಬಿಕವಾಗಿ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬುದು ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

ದಾದಿಯರಿಗೆ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯವು ಅನಿವಾರ್ಯ ಹಾಗೂ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದ್ದು ವಾರದಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಟ ೪ ದಿನಗಳಾದರೂ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಪ್ರತೀ ಒಬ್ಬ ದಾದಿಗೆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪ್ರದೇಶಗಳನ್ನು ವಿಂಗಡಿಸಿಕೊಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ದಾದಿಯರ ಕೈಕೆಳಗೆ (ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರ) ಪ್ರತೀ ಸಾವಿರ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಬ್ಬ ಆಶಾಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರನ್ನು ನೇಮಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಆಶಾಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಂಡು ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರಿಗೆ ಕ್ಷೇತ್ರದ ವರದಿಯನ್ನು ನೀಡಬೇಕಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೨೮ ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ನಿಮಗೆ ಕ್ಷೇತ್ರ ಭೇಟಿ ಕಷ್ಟಕರವಾಗಿದೆಯೇ?

ಕ್ರಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಹೌದು	೩೭೫	೯೩.೭೫
೨	ಇಲ್ಲ	೨೫	೬.೨೫
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦



ಸಂದರ್ಶಿತರಲ್ಲಿ ಕ್ಷೇತ್ರಭೇಟಿಯು ಕಷ್ಟಕರವಾಗಿದೆಯೇ ಎಂಬ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ೯೩.೭೫%ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ಹೌದು ಎಂಬುದಾಗಿ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಕ್ಷೇತ್ರ ಭೇಟಿಯ ಕುರಿತಂತೆ ನಗರಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಭಿನ್ನವಾದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳು ಬಂದಿವೆ. ಅಲ್ಲದೆ ತಾವು ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ಕ್ಷೇತ್ರ ಭೇಟಿಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮನೆಮನೆಗೆ ಸುತ್ತಾಡಬೇಕಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಈ ಕಾರ್ಯವು ತುಂಬಾ ಕಷ್ಟಕರ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುವುದು ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

"ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷೇತ್ರ ಭೇಟಿಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ನಮಗೆ ಉತ್ತಮ ಸ್ವಾಗತವನ್ನು ನಗರವಾಸಿಗಳಿಂದ ನಿರೀಕ್ಷಿಸುವಂತಿಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ, ನಗರ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ದಂಪತಿಗಳಿಬ್ಬರೂ ಉದ್ಯೋಗಕ್ಕೆ ತೆರಳುವ ಸಂದರ್ಭ ನಮಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಲೆ ಹಾಕಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ರಜೆಯ ದಿನದಂದೇ ನಮ್ಮನ್ನು ಸ್ವಾಗತಿಸುತ್ತಾರೆ" ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ ಮಂಗಳೂರಿನ ಲೇಡಿಹಿಲ್ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಸುಮತಿ(ಹೆಸರು ಬದಲಾಯಿಸಲಾಗಿದೆ) ಇವರು. ಅಲ್ಲದೇ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಹೊರ ರಾಜ್ಯಗಳಿಂದ, ಹೊರ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಂದ ಉದ್ಯೋಗವನ್ನು ಅರಸಿಕೊಂಡು ಬಂದಿದ್ದು ತಮ್ಮ



ಉದ್ಯೋಗದ ಗಡುವು ಮುಗಿದೊಡನೆ ತಮ್ಮ ಊರಿಗೆ ತೆರಳಿರುವುದು ದಾದಿಯರ ಮೌಖಿಕ ಸಂದರ್ಶನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ತಿಳಿದು ಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಬಾಡಿಗೆ ಮನೆಯನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸುವಾಗ ಅಥವಾ ತಮ್ಮ ಊರುಗಳಿಗೆ ತೆರಳುವಾಗ ತಮಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಾಮಾನು ಸರಂಜಾಮು, ಬಟ್ಟೆ, ಹಾಸಿಗೆಗಳನ್ನು ಇಲ್ಲಿಯೇ ಬಿಟ್ಟು ತೆರಳುವುದರಿಂದ ನಗರಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ತ್ಯಾಜ್ಯಗಳು ಶೇಖರಣೆ ಯಾಗುವುದರೊಂದಿಗೆ ಸೊಳ್ಳೆ ಉತ್ಪತ್ತಿ, ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ಹರಡುವಿಕೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುವುದು.

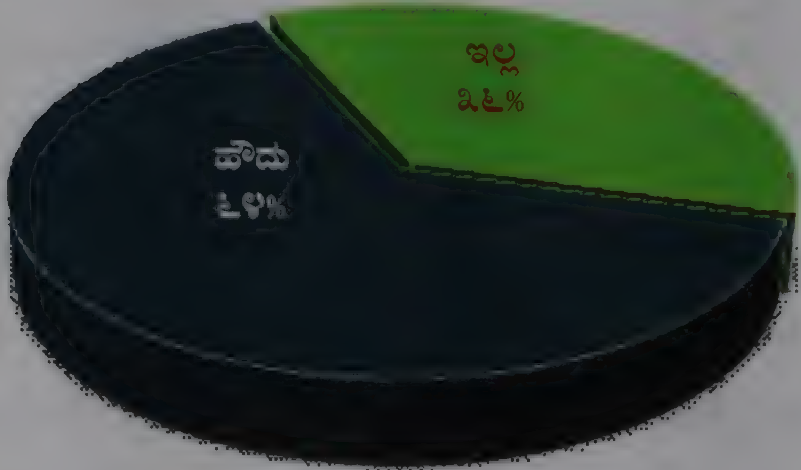
ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯವು ದಾದಿಯರಿಗೆ ಬೇರೆಯದ್ದೇ ರೀತಿಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಹಳ್ಳಿ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮನೆಗಳು ದೂರ ದೂರವಿದ್ದು, ಗುಡ್ಡ, ಕೆರೆ, ತೊರೆಗಳನ್ನು ದಾಟಿ ಹೋಗಬೇಕಾಗಿರುವುದು. ಇದು ವಯಸ್ಸಿನ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಬಹಳ ಸಮಸ್ಯೆ ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ದಾದಿಯರು ಇಂದು ಸಂವಹನ ಹಾಗೂ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನದ ಅಳವಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಮುಂಚೂಣಿ ಯಲ್ಲಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಸರಕಾರವು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂಬ ಯೋಜನೆ ಯಡಿ ಹಲವಾರು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿದ್ದು ಅದರ ಸರಿಯಾದ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರ ಬಹಳ ಅಗತ್ಯವಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ನ್ಯಾನ್ಸಿ ಎಂ. ಲೊರೆನ್ಝರವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯದಂತೆ, ಜಾಗತೀಕರಣವು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗಡಿಗಳ, ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು, ರಚನೆಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ವ್ಯಾಪಿಸಿರುವ ಅಂತರ್‌ಸಂಪರ್ಕಿತ ಕಾರ್ಯಪಡೆಗಳನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಪಂಚದಾದ್ಯಂತ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವ ಕೆಲಸವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ದಾದಿಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಪಡೆಯ ದೊಡ್ಡ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಆವರಿಸಿರುವುದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ಆರ್ಥಿಕತೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರವು ಪ್ರಮುಖವಾದುದು ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ.

ಜಾಗತೀಕರಣದ ಒತ್ತಡದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಕರ್ತವ್ಯದಲ್ಲಿ ಇನ್ನಷ್ಟು ಪಕ್ವವಾಗಿರುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ತನ್ನ ಜ್ಞಾನವರ್ಧನೆಯೊಂದಿಗೆ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನದ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಆಕೆ ಪರಿಣತಿ ಹೊಂದಿರಬೇಕು ಎಂಬುವುದು ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬಂದ ವಾಸ್ತವ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ. ದಾದಿಯರಿಗೆ ಇಂದು ಕಂಪ್ಯೂಟರ್ ಶಿಕ್ಷಣ ಅಗತ್ಯವಾಗಿದ್ದು ಸರಕಾರವು ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅಗತ್ಯ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ನೀಡುತ್ತಿದೆ. ಆದರೆ ಇದನ್ನು ಹಿರಿಯ ಹಾಗೂ ವಯಸ್ಸಾದ ದಾದಿಯರು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಕಷ್ಟಪಡುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದ್ದು ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಈ ಗಣಕಯಂತ್ರದ ಕೆಲಸಗಳಿಗೆ ಕಿರಿಯ ದಾದಿಯರನ್ನು ಅಥವಾ ತಮ್ಮ ಮನೆಯ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುವುದು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಂಡ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೨೯ ದಾಖಲೆಗಳ ಕಂಪ್ಯೂಟರೀಕರಣ ನಿಮಗೆ ಕಷ್ಟಕರವಾಗುತ್ತಿದೆಯೇ?

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಹೌದು	೨೫೬	೬೪
೨	ಇಲ್ಲ	೧೪೪	೩೬
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦



ಸಂದರ್ಶಿತ ದಾದಿಯರಲ್ಲಿ ದಾಖಲೆಗಳ ಕಂಪ್ಯೂಟರೀಕರಣ ನಿಮಗೆ ಕಷ್ಟಕರವಾಗುತ್ತಿದೆಯೇ? ಎಂದು ಪ್ರಶ್ನಿಸಿದಾಗ೨೫೬ ಮಂದಿ(೬೪%) ಹೌದು ಎಂದು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿದ್ದು, ೧೪೪ ಮಂದಿ ದಾದಿಯರು (೩೬%) ಇಲ್ಲ ಎಂದು ಉತ್ತರಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಹೌದು ಎಂದವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಹಿರಿಯ ದಾದಿಯರು ಹಾಗೂ ಕಂಪ್ಯೂಟರ್ ಶಿಕ್ಷಣ ಪಡೆಯದ ದಾದಿಯರಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ "ಸರಕಾರವು ಕಂಪ್ಯೂಟರ್‌ನ ಅಗತ್ಯ ಜ್ಞಾನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹತ್ತು ದಿನಗಳ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತಿದ್ದು ಅದು ಏನು ಅಂತಲೇ ಅರ್ಥ ಆಗುವುದಿಲ್ಲ, ಈ ವಯಸ್ಸಿಗೆ ಕಂಪ್ಯೂಟರ್ ಜ್ಞಾನ ತಲೆಗೆ ಹತ್ತಲ್ಲ" ಎಂದು ಮಂಗಳೂರಿನ ಕಂಕನಾಡಿಯ ಹಿರಿಯ ದಾದಿಯೊಬ್ಬರು ಉತ್ತರಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯು ಜಾಗತೀಕರಣದ ಪರ್ವದಲ್ಲಿ ಅಂತರ್‌ಸಂಪರ್ಕಿತ ಕಾರ್ಯಪಡೆಗಳನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸುತ್ತದೆ. ಅದು ಅಂತಾರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗಡಿಗಳು, ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು, ರಚನೆಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ದಾಟುತ್ತಿದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಪಂಚದಾದ್ಯಂತ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತಂತೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಜಾಗತಿಕವಾಗಿ ತಜ್ಞ ದಾದಿಯರ ಕೊರತೆಯು ಕಾಡುತ್ತಿದೆ. ಇದು ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಋಣಾತ್ಮಕ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ.

ಇಂದು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಗೋಚರಿಸುತ್ತಿವೆ. ಜಾಗತೀಕರಣ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ತನ್ನ ಚಲನಶೀಲತೆಯಿಂದ ಹಲವಾರು ಸವಾಲುಗಳನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವು ಎದುರಿಸುವಂತೆ ಮಾಡಿದೆ. ಜಾಗತೀಕರಣದಿಂದ ಉತ್ಪಾದನೆ ಮತ್ತು ಬಳಕೆಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮಾದರಿಗಳಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಯು ಮಾನವನ ಜೀವಕ್ಕೆ ಅಪಾಯವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುವುದೇ ಅಲ್ಲದೆ ಭೌತಿಕ ಪರಿಸರದ ಮೇಲೆ ಋಣಾತ್ಮಕ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಬೀರಿದೆ.



ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೩೦ ನಿಮ್ಮ ಕ್ಷೇತ್ರವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿನ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ

ಕ್ರ. ಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಆಗಿದೆ		ಆಗಿಲ್ಲ	
		ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆ	೩೫೧	೮೭.೮	೪೯	೧೨.೨೫
೨	ತಾಯಿ-ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣದ ಇಳಿಕೆ	೩೫೩	೮೮.೩	೪೭	೧೧.೭೫
೩	ಮಹಿಳೆ/ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆ	೩೫೦	೮೭.೫	೫೦	೧೨.೫
೪	ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ಇಳಿಕೆ	೩೫೦	೮೭.೫	೫೦	೧೨.೫
೫	ಆರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತು ಜನರಲ್ಲಿ ಜಾಗೃತಿ	೩೪೨	೮೫.೫	೫೮	೧೪.೫

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ದಾದಿಯರು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಶೇ. ೮೮ ದಾದಿಯರು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉತ್ತಮವಾಗಿದೆ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ. ಉಳಿದಂತೆ ೧೨% ದಾದಿಯರು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉತ್ತಮವಾಗಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ.

ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಶಿಶುವಿನ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಇಳಿಕೆ ಆಗಿರುವುದು(೮೮.೨೫%), ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಸ್ಥಿತಿ ಉತ್ತಮವಾಗಿರುವುದು (೮೭.೫೦%), ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುವುದು(೮೭.೫೦%) ಅಲ್ಲದೆ ಜನರು ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಉತ್ತಮ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷಣ ಹೊಂದಿರುವುದು(೮೫.೫೦%) ದಾದಿಯರು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಉತ್ತಮವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಹೊಂದಲು ಕಾರಣವಾಗಿದೆ.

ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿನ ಜನರು ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಮೇಲಿನ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳಿಂದ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಇತರ ತಾಲೂಕುಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕು ಹೆಚ್ಚಿನ ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಹೊರ ರಾಜ್ಯಗಳಿಂದ ಜನರು ಉದ್ಯೋಗವನ್ನರಸಿ ವಲಸೆ ಬರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಮಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳು, ಕಟ್ಟಡ ನಿರ್ಮಾಣ ಕಾಮಗಾರಿಗಳು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಉದ್ಯೋಗವನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಮಾಡಿರುವುದು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಜನಸಾಂದ್ರತೆ ಹೆಚ್ಚಲು ಕಾರಣವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ನಗರದಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣ ಸಣ್ಣ ಕೊಳಚೆ ಪ್ರದೇಶಗಳು ನಿರ್ಮಾಣವಾಗಿ ಮಳೆಗಾಲದಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ಹರಡುವಿಕೆಯು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯ ಸಮಸ್ಯೆ ತಲೆದೋರಿದೆ. ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮುಂಜಾಗ್ರತಾ ಕ್ರಮವಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯವು ಹೆಚ್ಚು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿದ್ದು ದಾದಿಯರು ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೩೧ ನೀವು ವೃತ್ತಿಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಯಾವ ರೀತಿಯ ಒತ್ತಡ ಅನುಭವಿಸುತ್ತೀರಿ

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ರೋಗಿಗಳಿಂದ ಒತ್ತಡ	೩೦೫	೭೬.೨೫
೨	ರೋಗಿಗಳ ಕಡೆಯವರಿಂದ ಒತ್ತಡ	೩೯೪	೯೮.೫
೩	ವೈದ್ಯರಿಂದ ಒತ್ತಡ	೧೭೬	೪೪
೪	ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಒತ್ತಡ	೨೦೦	೫೦



ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಕರ್ತವ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಾರೆ. ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಹಂತದ ಒತ್ತಡವು ಜನರ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದೇ ಅಲ್ಲದೇ ಸವಾಲುಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಲು ಸಹಾಯಕವಾಗುತ್ತದೆ. ಅತೀ ಒತ್ತಡವು ಜೀವಕ್ಕೆ ಹಾನಿಕಾರಕವಾಗುವುದೇ ಅಲ್ಲದೆ ಅದು ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ವ್ಯಕ್ತಿತ್ವವನ್ನು ನಾಶಮಾಡಬಲ್ಲದು. ಪ್ರಸ್ತುತ ಈ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿ ಸಂದರ್ಶಿಸಿದ ಒಟ್ಟು ೪೦೦ ದಾದಿಯರಲ್ಲಿ ೩೯೪ ದಾದಿಯರು(೯೮.೫೦%) ರೋಗಿಗಳ ಕಡೆಯವರಿಂದ, ೩೦೫ ದಾದಿಯರು(೭೬.೨೫%) ರೋಗಿಗಳಿಂದ, ೨೦೦ ದಾದಿಯರು(೫೦.೦೦%) ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಹಾಗೂ ೧೭೬ ದಾದಿಯರು(೪೪%) ವೈದ್ಯರಿಂದ ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇದು ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಏರ್ಪಡುವ ಸಂದರ್ಭಗಳನ್ನು ಧೃಡಪಡಿಸುತ್ತದೆ.

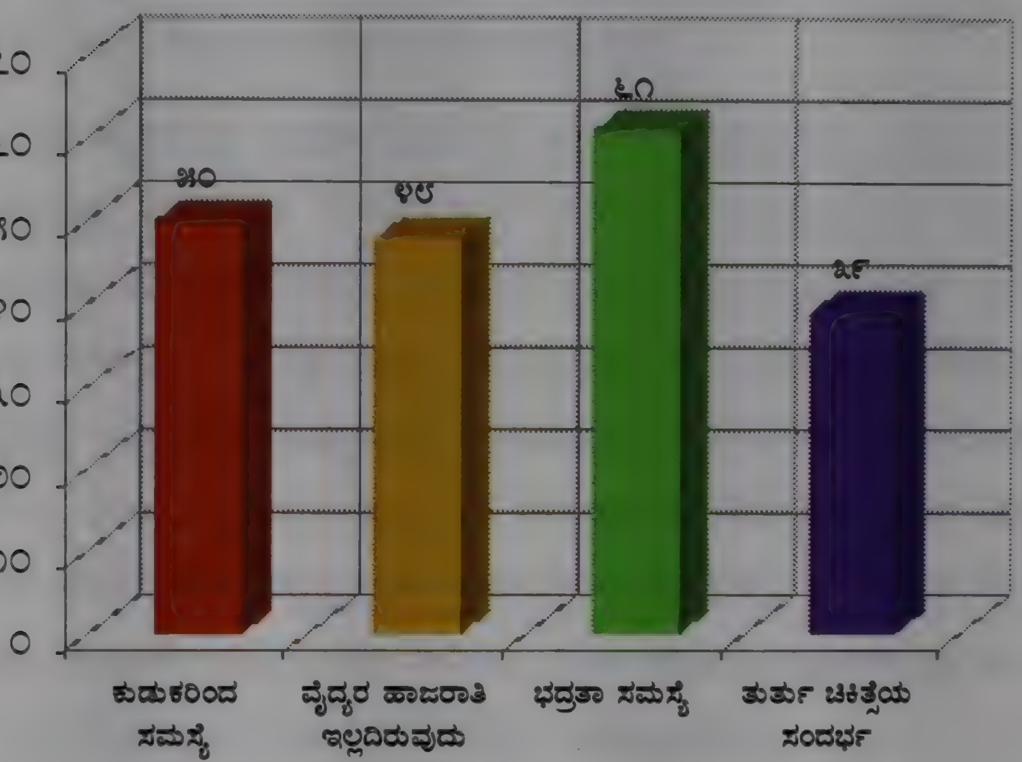
ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ದಾದಿಯರಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಿದ ೮೭% ದಾದಿಯರು ತಾವು ಒತ್ತಡದಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದೇವೆ ಎಂದು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ಒತ್ತಡದಲ್ಲಿಯೇ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಕಾರಣ ಇದು ಅವರ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯ ಮೇಲೆ ನೇರವಾಗಿ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರಬಹುದು. ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಶೇ.



೭೬ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ತಮಗೆ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಪಡೆಯಲು ಸಮಯ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ತಮ್ಮ ಹೆಚ್ಚಿದ ಕಾರ್ಯಭಾರದಿಂದಾಗಿ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಲು ಕಾರಣ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೩೨ ರಾತ್ರಿ ಪಾಳಿಯಲ್ಲಿ ನೀವು ಎದುರಿಸುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಯಾವುವು?

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಕುಡುಕರಿಂದ ಸಮಸ್ಯೆ	೫೦	೭೩.೫೨
೨	ವೈದ್ಯರ ಹಾಜರಾತಿ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು	೪೮	೭೦.೫೮
೩	ಭದ್ರತಾ ಸಮಸ್ಯೆ	೬೧	೮೯.೭
೪	ತುರ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಂದರ್ಭ	೩೯	೫೭.೩೫



ದಾದಿಯರಿಗೆ ಪಾಳಿಯ ಕೆಲಸವು ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದಾಯಕವಲ್ಲ ಹಾಗೂ ರಾತ್ರಿ ಪಾಳಿಯ ಕೆಲಸವು ಊಟದ ಸಮಸ್ಯೆ, ಅಸಮರ್ಪಕ ನಿದ್ರೆ ಮತ್ತು ಇತರ ದೈಹಿಕ ಹಾಗೂ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂದರ್ಶಿತರು ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನವು ರಾತ್ರಿ ಪಾಳೆಯದಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ೭೪ ದಾದಿಯರನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸಿದ್ದು, ಅವರು ಹಲವಾರು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ೫೦ ದಾದಿಯರು(೭೩.೫೨%) ತಮಗೆ ರಾತ್ರಿ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕುಡಕರಿಂದ ತುಂಬಾ ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದರೆ, ೪೮ ದಾದಿಯರು(೭೦.೫೮%) ರಾತ್ರಿ ಪಾಳಿಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತುರ್ತು ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಲಭ್ಯವಿರದಿದ್ದರೆ ತೊಂದರೆ ಉಂಟಾಗುವುದು ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ. ೬೧ ಜನ ದಾದಿಯರು(೮೯.೭೦%) ಭದ್ರತಾ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಲ್ಲದೇ, ೩೯ ಮಂದಿ ದಾದಿಯರು(೫೭.೩೫%) ರಾತ್ರಿ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ



ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸರಿಯಾದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇಲ್ಲದೇ ಇದ್ದಾಗ ಪರದಾಡುವಂತಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಈಗ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡುಬರುವ ಸಮಸ್ಯೆ ಎಂದರೆ ರಾತ್ರಿ ಹೊತ್ತು ವೈದ್ಯರು ಕರ್ತವ್ಯದಲ್ಲಿ ಹಾಜರಿಲ್ಲದೇ ಇರುವುದು. ಆಗ ತಾನೇ ಕೋರ್ಸ್ (ಪ್ರೊಬೆಷನರಿ) ಮುಗಿಸಿ ತರಬೇತಿ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ವೈದ್ಯರುಗಳು ರಾತ್ರಿ ಹೊತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ. ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ರೋಗಿಯ ಕುರಿತಂತೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮುತುವರ್ಜಿಯನ್ನು ವಹಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇದು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಾದರೆ, ಇನ್ನು ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ರಾತ್ರಿ ಪಾಳೆಯದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಹಾಜರಿ ಇರುವುದೇ ಬಹಳ ವಿರಳವಾಗಿದೆ. ದಾದಿಯರೇ ಕ್ಲಿಷ್ಟ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿದ್ದು ಇಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳಿಂದಲೋ, ರೋಗಿಗಳ ಕಡೆಯವರಿಂದಲೋ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಅನುಭವಿಸಬೇಕಾಗುವ ಸಂದರ್ಭಗಳು ಎದುರಾಗಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

ದಾದಿಯರು ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕ ಭದ್ರತೆಯನ್ನು ಅವಶ್ಯವಾಗಿ ಹೊಂದಲೇ ಬೇಕು. ಸರಕಾರವು ಹಲವಾರು ಯೋಜನೆಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಇವರನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡುವುದಾದರೂ ಅವರಿಗೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಭದ್ರತೆ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕ ಭದ್ರತೆಗಳಂತಹ ವಿಚಾರಗಳಲ್ಲಿ ಸರಕಾರವು ಸಾಕಷ್ಟು ಮುತುವರ್ಜಿ ವಹಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ಆದರೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ತಾತ್ಕಾಲಿಕವಾಗಿ ಹಲವಾರು ದಾದಿಯರನ್ನು ನೇಮಿಸಿದ್ದು ಅವರಿಗೆ ವೃತ್ತಿಭದ್ರತೆಯನ್ನು ನೀಡದಿರುವುದು ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುವ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ತಾತ್ಕಾಲಿಕವಾಗಿ ಸೇವೆಗೆ ನೇಮಿಸಲ್ಪಟ್ಟಂತಹ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ವೇತನವೂ ದೊರಕುವುದಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ಇವರು ದಲ್ಲಾಳಿಗಳ ಮುಖಾಂತರ ನೇಮಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವ ಕಾರಣ ದಲ್ಲಾಳಿಗಳಿಂದ ಈ ದಾದಿಯರು ಶೋಷಣೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುವ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಭದ್ರತೆ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕ ಭದ್ರತೆ ಒದಗಿಸುವಿಕೆ ಕುರಿತಂತೆ ಕೇಳಲಾದ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ೯೩.೭೫%ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ತಮಗೆ ವೃತ್ತಿ ಭದ್ರತೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿರುತ್ತಾರೆ. ೬.೨೫% ದಾದಿಯರು ಇಲ್ಲ ಎಂದು ಉತ್ತರಿಸಿದ್ದು ಇವರೆಲ್ಲ ತಾತ್ಕಾಲಿಕವಾಗಿ ನೇಮಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ದಾದಿಯರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಇವರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಕೆಲಸಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಧನವನ್ನು ಕೊಡದಿರುವುದು ಹಾಗೂ ದೂರದ ಊರುಗಳಿಗೆ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯಗಳಿಗೆ ತೆರಳುವ ದಾದಿಯರಿಗೆ ವಾಹನಭತ್ಯೆ, ಊಟ ವಸತಿಯ ಭತ್ಯೆಗಳನ್ನು ನೀಡದಿರುವುದು ಹಾಗೂ ಎಲ್ಲಾ ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ದಾದಿಯರು ತಾವೇ ಭರಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ಬಹುಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ೯೪% ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ನೆಟ್‌ವರ್ಕ್ ಸಮಸ್ಯೆ ಇದ್ದು, ಡಾಟಾ ಸಂಗ್ರಹಣೆಗೆ ಬಹಳ ತೊಡಕಾಗಿವೆ. ತಮ್ಮ ಕೆಲಸಗಳು ನೆಟ್‌ವರ್ಕ್ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದ ಅಪೂರ್ಣಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ ಎಂದು ಸಮಸ್ಯೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಅಲವತ್ತು ಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ದಾದಿಯರ ಉತ್ತಮ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಸರಕಾರದ ಪಾತ್ರ

ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ವಿಚಾರಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಜಾಗತಿಕವಾಗಿ ತೋರಿಸುತ್ತಿದೆ. ಆದರೂ ಸಹಸ್ರಮಾನದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಗುರಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ನಮ್ಮ ಎದುರಿಗೆ ಇನ್ನೂ ಹಲವಾರು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸವಾಲುಗಳಿವೆ. ಹಲವು ದೇಶಗಳು ಇನ್ನೂ ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹಲವಾರು ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದೆ. ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹಲವಾರು ಉಪಕ್ರಮಗಳನ್ನು, ಪರಿಹಾರೋಪಾಯಗಳನ್ನು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದೆ. ಅದರಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುವ ದಾದಿಯರ ಕುರಿತಂತೆ ಅದು ಸರ್ಕಾರದ ಪಾತ್ರದ ಮಹತ್ವವನ್ನು ವಿವರಿಸಿದೆ

ಡಬ್ಲ್ಯೂ.ಹೆಚ್.ಓ ವರದಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಸಹಸ್ರಮಾನದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷಮತೆಯು ಒಂದಾಗಿದ್ದು ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯದ ಪಾತ್ರ ಮಹತ್ವದ್ದಾಗಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುವ ದಾದಿಯರು, ಮಿಡ್‌ವೈಫ್‌ಗಳು ಸಮಾಜದ ಆರೋಗ್ಯದ ರಕ್ಷಣೆಯಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವದ ಪಾತ್ರ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಈ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಸವಾಲುಗಳು, ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದು ದಾದಿಯರು ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಸೇರಲು ಹಿಂದೇಟು ಹಾಕುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

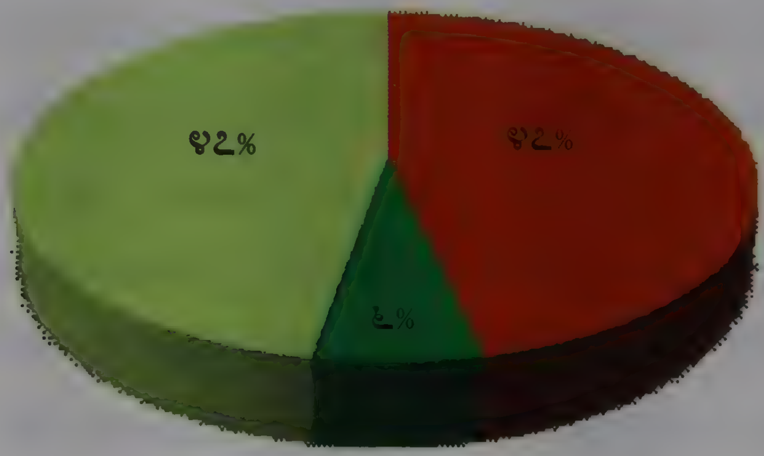
ಭಾರತದ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುವ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯದ ಕಾರ್ಮಿಕರಲ್ಲಿ ೩೦.೫%ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಬೆನ್ನೆಲುಬಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಭಾರತದ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ೨.೪ ಮಿಲಿಯನ್ ದಾದಿಯರ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಇತ್ತೀಚಿನ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು ಸುಧಾರಿತ ಮಟ್ಟವನ್ನು ತಲುಪಿದೆ. ಇದು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿನ ದಾದಿಯರ ಕೊರತೆಯನ್ನು ನೀಗಿಸಲು ಶಕ್ತಿಮೀರಿ ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿದೆ. ದೇಶದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಕೊರತೆಯನ್ನು ನೀಗಿಸುವುದು ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿರುವ ದಾದಿಯರ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ನೀಗಿಸುವುದು ಪ್ರಮುಖ ಆದ್ಯತೆಯಾಗಬೇಕಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ದಾದಿಯರಿಗೆ ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಯ ಕ್ರಮಾನುಗತ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಸಿಗುವ ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯವು ಬಹಳ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿದ್ದು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸರಕಾರವು ಹಲವಾರು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿದ್ದರೂ ಅದು ಸರಿಯಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳದಿರುವುದೇ ಸರಕಾರದ ಯೋಜನೆಗಳ ವೈಫಲ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಎಂದು ಹಲವಾರು ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿವೆ. ಸರಕಾರವು ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ಯೋಜನೆಗಳು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸ ಬೇಕಾದರೆ ಅವು ಅನುಸರಿಸುವ ವಿಧಾನವು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿರಬೇಕು ಎಂಬುದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ

ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ದಾದಿಯರು ವೇತನದ ಸಮಸ್ಯೆ, ಅಧಿಕ ಕಾರ್ಯಭಾರದ ಒತ್ತಡ, ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳ ಕೊರತೆ, ದಾದಿಯರ ನೇಮಕಾತಿ ಕೊರತೆ, ದಲ್ಲಾಳಿಗಳ ಸಮಸ್ಯೆ, ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಸಮಸ್ಯೆ ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದು ಇವೆಲ್ಲಾ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಸರಕಾರವು ಸೂಕ್ತ ಸ್ಪಂದನೆಯನ್ನು ನೀಡದಿರುವುದು ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಂಡ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೩೩ ದಾದಿಯರ ಉತ್ತಮ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಸರಕಾರದ ಪಾತ್ರ

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಪೂರಕವಾಗಿರಬೇಕು	೧೮೬	೪೬.೫
೨	ಸಹಕಾರಯುತವಾಗಿರಬೇಕು	೨೫	೬.೨೫
೩	ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದಾಯಕವಾಗಿರಬೇಕು	೧೮೯	೪೭.೨೫
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦



ಸರಕಾರದ ಪಾತ್ರದ ಕುರಿತಂತೆ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಈ ರೀತಿಯಾಗಿ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಸರಕಾರವು ತಮ್ಮ ಕರ್ತವ್ಯಕ್ಕೆ ಪೂರಕ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಬೇಕು ಎಂದು ೧೮೬ ದಾದಿಯರು ಉತ್ತರಿಸಿದ್ದು(೪೬.೫೦%), ಸಹಕಾರಯುತವಾಗಿರಬೇಕು ಎಂದು ೨೫ ಮಂದಿ ದಾದಿಯರು(೬.೨೫%) ಉತ್ತರಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದಾಯಕವಾಗಿರಬೇಕು ಎಂದು ೧೮೯ ಮಂದಿ(೪೭.೨೫%) ದಾದಿಯರು ಉತ್ತರಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ದಾದಿಯರು ಸರಕಾರವು ತಮ್ಮ ಪಾತ್ರ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಧನಾತ್ಮಕ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಹೊಂದಿರಬೇಕು. ಆದರೆ ವಾಸ್ತವದಲ್ಲಿ ಸರಕಾರವು ನಮ್ಮ ಯಾವುದೇ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ. ನಮ್ಮ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಲೆಕೆಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿಲ್ಲ ಎಂದು ತಮ್ಮ ಕಷ್ಟಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸುತ್ತಾರೆ.



ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಸರಿಯಾದ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯಿದ್ದು ಔಷಧಿಗಳ ಪೂರೈಕೆಯೂ ಸರಿಯಾದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆಗುತ್ತಿಲ್ಲ, ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಕೊರತೆ, ಸಂಚಾರಿ ವಾಹನಗಳ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಹಲವಾರು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದು ದಾದಿಯರು ಈ ಕುರಿತಂತೆ ತಮ್ಮ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಹಲವಾರು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಕೊರತೆಯಿದ್ದು ಜನರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಬರುವುದನ್ನೇ ನಿಲ್ಲಿಸಿಬಿಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಸರಿಯಾದ ವೈದ್ಯರು ಹಾಗೂ ಔಷಧಿಗಳ ಪೂರೈಕೆಗಳಿದ್ದರೆ ಖಂಡಿತವಾಗಿಯೂ ಉತ್ತಮ ಸೇವೆಯನ್ನು ಜನರಿಗೆ ನೀಡಬಹುದು ಎಂದು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರಿಂದ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳಿಂದ ತಿಳಿದುಬಂದ ವಿಚಾರವಾಗಿದೆ.

ಸರಕಾರವು ಹಲವಾರು ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದೆ. ಡಬ್ಲ್ಯೂ.ಹೆಚ್.ಓ.ನ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ವಿಚಾರಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹಲವಾರು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿದ್ದರೂ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಸರಿಯಾದ ಅನುಷ್ಠಾನ ಅಗತ್ಯ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಬಾಲ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಏಡ್ಸ್ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕುಷ್ಠರೋಗ ನಿರ್ಮೂಲನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣ, ಸಮಗ್ರ ಶಿಶು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆ, ಭಾಗ್ಯಲಕ್ಷ್ಮಿ ಯೋಜನೆ, ಬಾಲವಾಡಿ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಯೋಜನೆ, ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ, ಜನನೀ ಶಿಶು ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಕವಚ ೧೦೮, ತಾಯಿಭಾಗ್ಯ ಯೋಜನೆ, ವಾಜಪೇಯಿ ಆರೋಗ್ಯ ಶ್ರೀ ಯೋಜನೆ, ಇಂದಿರಾ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಗಳು ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಯೋಜಿತವಾದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಹಾಗೂ ರಾಜ್ಯಮಟ್ಟದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಾಗಿವೆ. ಇದು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಜನರ ಸಂಪೂರ್ಣ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯನ್ನು ಪ್ರೇರೇಪಿಸುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೩೪ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಉತ್ತಮವಾಗಿ ಜಾರಿಗೊಳ್ಳಲು ಮಾಡಬಹುದಾದ ಯೋಜನೆ

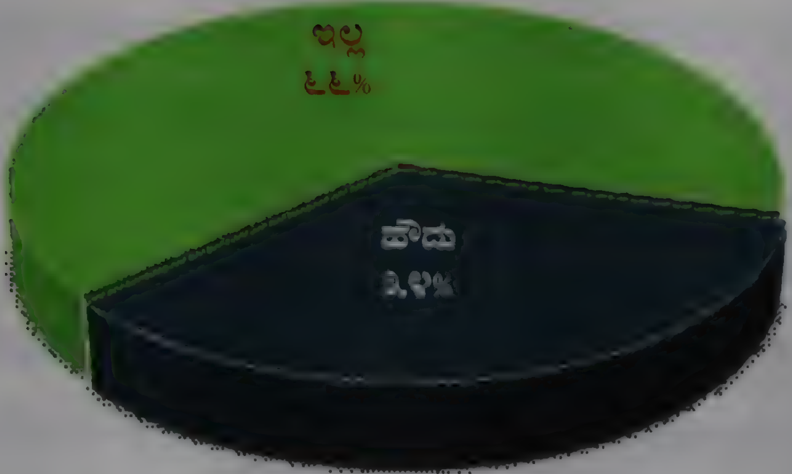
ಕ್ರ.ಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಅರಿವು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ	೪೦೦	೧೦೦
೨	ಉಚಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಯಾಂಪ್‌ಗಳು	೪೦೦	೧೦೦
೩	ಮನೆ ಭೇಟಿ ಹೆಚ್ಚಳ	೩೯೯	೯೯.೭೫
೪	ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ	೪೦೦	೧೦೦
೫	ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಸೇವೆ	೪೦೦	೧೦೦

ಸರಕಾರದಿಂದ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಗುವ ಹಲವಾರು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಯೋಜನೆಗಳು ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟದ ಯಶಸ್ಸನ್ನು ಕಾಣದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣ ಜನರ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯ ಕೊರತೆ. ಆದುದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತಮವಾಗಿ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲು ಅರಿವು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮೂಲಕ, ಉಚಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಯಾಂಪ್‌ಗಳ ಮೂಲಕ, ಮನೆ ಭೇಟಿ ಹೆಚ್ಚಳಗೊಳಿಸುವ ಮೂಲಕ, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮೂಲಕ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಮತ್ತು ಶೀಘ್ರ ಸೇವೆ ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಜನರ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿದೆ ಎಂದು ಬಹುತೇಕ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವನ್ನು ನೀಡುವುದು ಬಹಳ ಅಗತ್ಯವಿದೆಯೆಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಉಚಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಯಾಂಪ್‌ಗಳು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕು. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಶೀಘ್ರ ಹಾಗೂ ಉತ್ತಮ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿದರೆ ಜನರು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರಗಳಿಗೆ ಹೋಗುವ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ ಸೃಷ್ಟಿಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ ಜನರಿಗೆ ಉಚಿತ ಹಾಗೂ ಉತ್ತಮ ಸೇವೆ ನೀಡಿದರೆ ಅವರಿಗೂ ಸರಕಾರದ ಸೇವೆ ಬಗ್ಗೆ ನಂಬಿಕೆ ಹಾಗೂ ವಿಶ್ವಾಸ ಮೂಡುತ್ತದೆ ಎಂದು ಸುಳ್ಯದ ದಾದಿಯಾದ ಕುಸುಮ(ಹೆಸರು ಬದಲಾಯಿಸಲಾಗಿದೆ) ಅವರು ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಮಂಗಳೂರಿನ ಕುಡುಪು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ದಾದಿಯವರಾದ ಲೀನಾರವರ(ಹೆಸರು ಬದಲಿಸಲಾಗಿದೆ) ಪ್ರಕಾರ, ಸರಕಾರವು ಕ್ಯಾಂಪ್‌ಗಳನ್ನು ನಡೆಸುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಅದರಲ್ಲಿ ಜನರ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಇದ್ದರೆ ಮಾತ್ರ ಕ್ಯಾಂಪ್ ನಡೆಸಿದ ಉದ್ದೇಶ ಈಡೇರುತ್ತದೆ. ಉದಾ: ಕೆಲವು ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ನಡೆಸಿದ ಅನೇಕ ಶಿಬಿರಗಳಲ್ಲಿ ಜನರು ಸರಿಯಾಗಿ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುತ್ತಿಲ್ಲ. ಅದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವೇನೆಂದರೆ ಜನರಿಗೆ ಸರಕಾರದ ಕ್ಯಾಂಪ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ನಂಬಿಕೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು. ಕಣ್ಣಿನ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡರೆ ಕಣ್ಣು ಕುರುಡಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಹಲವು ರೋಗಿಗಳು ಆತಂಕ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಲೀನಾರವರು ಜನರ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯ ಮಹತ್ವವನ್ನು ವಿವರಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೩೫ ಜನರು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪೂರ್ಣಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆಯೇ?

ಕ್ರಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಹೌದು	೧೩೬	೩೪
೨	ಇಲ್ಲ	೨೬೪	೬೬
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦



ಸರಕಾರದ ಯೋಜನೆಗಳು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕಾದರೆ ಸರಿಯಾದ ಅನುಷ್ಠಾನ ಅಗತ್ಯವಿರುತ್ತದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿನ ಸಿಬ್ಬಂದಿವರ್ಗದ ಪಾತ್ರವೂ ಬಹಳ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಜನರಿಗೆ ಸರಕಾರದ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವಿರಬೇಕು. ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ವಿಚಾರವಾಗಿ ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಬಹಳ ಅಗತ್ಯ. ಜನರ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯು ಸರಕಾರದ ಯೊಜನೆಗಳ ಯಶಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಬಹುಮೂಲ್ಯ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ. ಈ ಕುರಿತಂತೆ ದಾದಿಯರಲ್ಲಿ ಕೇಳಲಾದ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ೩೪% ದಾದಿಯರು ಜನರ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಮೆಚ್ಚುಗೆ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ೬೬% ದಾದಿಯರು ಸರಕಾರಿ ಯೋಜನೆಗಳ ಕುರಿತ ಜನರ ನಿರಾಸಕ್ತಿಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಜನರಿಗೆ ಸರಕಾರದ ಔಷಧಿಗಳ ಕುರಿತು ಇನ್ನೂ ನಂಬಿಕೆ ಬಂದಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಇದಕ್ಕೆ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ ಎಂದಿದ್ದಾರೆ. ಅನೇಕ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಜನರಿಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಲ್ಲಿ ನಿರಾಶೆಗಳಾಗುತ್ತಿದೆ ಹಾಗೂ ಇದು ಬೇಸರದ ಸಂಗತಿಯೂ ಆಗಿದೆ. ಸರಿಯಾದ ಹಾಗೂ ಸಮರ್ಪಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿದರೆ ಮಾತ್ರ ಜನರ ನಂಬಿಕೆಯನ್ನು ಗಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ಸು ಕಾಣಬಹುದು ಎಂದು ಹೆಚ್ಚಿನ ದಾದಿಯರು ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೩೬ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆಯೇ?

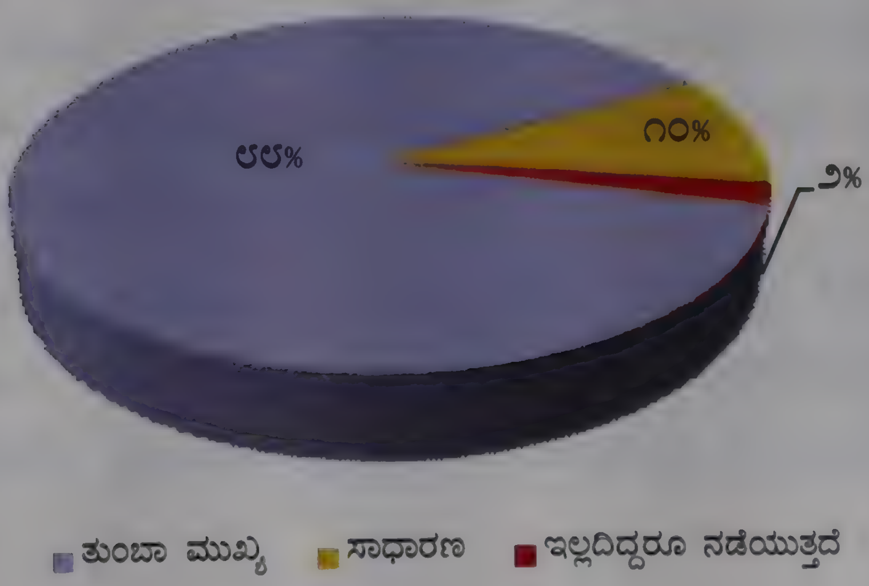
ಕ್ರಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ಹೌದು	೪೦೦	೧೦೦
೨	ಇಲ್ಲ	೦	೦
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦



ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವು ಉತ್ತಮ ಸಮಾಜವನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುವಲ್ಲಿ ಪೂರಕವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೊಳಪಡಿಸಲಾದ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ದಾದಿಯರು ಉತ್ತಮ ಸೇವಾ ಮನೋಭಾವವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ತಮ್ಮ ಸೇವೆಯ ಜೊತೆಗೆ ರಾಷ್ಟ್ರದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಕುರಿತಂತೆಯೂ ಚಿಂತಿಸುತ್ತಾರೆ ಎಂಬುವುದು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಂಡ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಜನರ ಆರೋಗ್ಯದ ಜೊತೆಗೆ ಬೆಸೆದುಕೊಂಡಿದೆ ಎಂದು ಸಂದರ್ಶಿತ ಎಲ್ಲಾ ದಾದಿಯರು ಒಮ್ಮತದಿಂದ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಬಹಳ ಸಂತೋಷದಾಯಕ ವಿಚಾರವಾಗಿದೆ. ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಜ್ಞಾನದ ಜೊತೆಗೆ ವೃತ್ತಿಕೌಶಲ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಅತ್ಯಗತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಕೌಶಲ್ಯತೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಕೊಟ್ಟಿದ್ದು, ಉತ್ತಮ ಹಾಗೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ಸರಕಾರವು ನೀಡಬೇಕು ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಸಂದರ್ಶಿತ ಎಲ್ಲಾ ದಾದಿಯರು ಉತ್ತಮ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ಸರಕಾರವು ನೀಡುವ ಕುರಿತು ಆಶಾಭಾವನೆಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ವೃತ್ತಿಪರ ತರಬೇತಿ, ತಾಂತ್ರಿಕ ಕೌಶಲ್ಯಗಳ ತರಬೇತಿ, ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳ ಲಭ್ಯತೆ, ಖಾಲಿ ಹುದ್ದೆಗಳ ಭರ್ತಿ, ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಪೂರಕ ಸಹಾಯ, ವೃತ್ತಿ ಭಡ್ತಿ ಹಾಗೂ ಮೇಲ್ದರ್ಜೆಗೇರಿಸುವಿಕೆ, ಉತ್ತಮ ಆಡಳಿತ ಹಾಗೂ ಸುಧಾರಿತ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಸರಕಾರಗಳು ಒದಗಿಸಬೇಕು ಎಂದು ಎಲ್ಲಾ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೩೭ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರ

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಉತ್ತರ	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶೇಕಡಾ
೧	ತುಂಬಾ ಮುಖ್ಯ	೩೫೩	೮೮.೨೫
೨	ಸಾಧಾರಣ	೪೦	೧೦
೩	ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೂ ನಡೆಯುತ್ತದೆ	೭	೧.೭೫
	ಒಟ್ಟು	೪೦೦	೧೦೦





ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರವು ಪ್ರಮುಖವಾದುದು. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕಿನ ಲೇಡಿಗೋಶನ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರಾದ ಡಾ. ಸವಿತಾ ಅವರು ಹೇಳಿರುವಂತೆ, "ದಾದಿಯರೇ ಎಲ್ಲಾ, ಅವರಿಲ್ಲದೇ ಏನೂ ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಪೂರೈಕೆಯ ಕೊರತೆಯಿದ್ದು, ಹೆಚ್ಚಿನ ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ, ದಾದಿಯರ ಇನ್ನಿತರ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರ್ಗದ ಕೊರತೆ ಇದೆ. ಆದರೆ ದಾದಿಯರ ಕೊರತೆ ಇದ್ದರೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ನಿಭಾಯಿಸುವುದು ಬಹಳ ಕಷ್ಟ" ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿನ ೮೮.೭೫%ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಅಗತ್ಯ ಬಹಳಷ್ಟು ಇದೆ ಎಂದು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಶೇ. ೧೦ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಪಾತ್ರವು ಸಾಧಾರಣವೆಂದು ಹೇಳಿದರೆ, ಶೇ. ೧.೨೫ ದಾದಿಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆಯಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಪಾತ್ರವು ಅಷ್ಟೇನೂ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ.

ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಎಷ್ಟೇ ಒತ್ತಡ ಹಾಗೂ ಇತರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದರೂ ತಮ್ಮ ಕರ್ತವ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ತೃಪ್ತಿಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ೯೮.೨೫% ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಮ್ಮೆಯಿಂದಲೇ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದ್ದು, ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ದಾದಿಯರು ಹಲವಾರು ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಆಸಕ್ತಿಯಾಗಿ ೪೬.೫% ದಾದಿಯರು, ಆದಾಯಗಳಿಸುವ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿ ೪೭.೭೫% ದಾದಿಯರು, ಜನಸೇವೆ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದಾಗಿ ೭೩.೭೫% ದಾದಿಯರು ಹಾಗೂ ವೃತ್ತಿ ಬೇಕು ಎನ್ನುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ೮೯.೭೫% ದಾದಿಯರು ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಇಲ್ಲಿ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ೮೯.೭೫%ರಷ್ಟು ದಾದಿಯರು ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ವೃತ್ತಿಯಾಗಿ ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದರೂ, ವೃತ್ತಿಯನ್ನಾಗಿ ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುವ ದಾದಿಯರ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳ ಪ್ರಕಾರ ವೃತ್ತಿಯನ್ನಾಗಿ ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ನಾವು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿಕೊಂಡರೂ ನಮಗೆ ಜನಸೇವೆಯೇ ಈಗ ಪ್ರಮುಖ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದ್ದು, ಜನಸೇವೆಯಲ್ಲೇ ತೃಪ್ತಿ ಕಾಣುತ್ತಿದ್ದೇವೆ. ಸರಕಾರ ನಮಗೆ ಸರಿಯಾಗಿ ವೇತನವನ್ನು ಕೊಡದೆ ಸತಾಯಿಸುತ್ತಿದ್ದರೂ ಈ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಬಿಡಲು ಮನಸ್ಸು ಒಪ್ಪುತ್ತಿಲ್ಲ. ಈ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ನಮಗೆ ಆತ್ಮತೃಪ್ತಿ ಇದೆ ಎಂದು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಇಷ್ಟೆಲ್ಲ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿದ್ದರೂ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿನ ನ್ಯೂನ್ಯತೆಗಳಿಗೆ ಒಗ್ಗಿಕೊಂಡು ತಮ್ಮನ್ನು ತಾವೇ ಸಮಾಧಾನಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯಗಳ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿದ್ದು ಕೋಷ್ಟಕ ಹಾಗೂ ರೇಖಾಚಿತ್ರಗಳ ಮೂಲಕ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕೋಷ್ಟಕಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿವರಣೆಯನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕದ ಕೆಳಗಡೆಯೇ ವಿವರಿಸಿದ್ದು, ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಆದಂತಹ ಕೆಲವೊಂದು ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಕೂಡಾ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಚರ್ಚೆಗಳು

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ, ಪುತ್ತೂರು, ಸುಳ್ಯ, ಬಂಟ್ವಾಳ ಹಾಗೂ ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿವೆ. ಅಧ್ಯಯನದ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯಕ್ಕೆ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಐದು ತಾಲೂಕುಗಳ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ತಾಲೂಕು ಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಿರುವ ದಾದಿಯರನ್ನು ಸಂದರ್ಶನಕ್ಕೆ ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿತ್ತು.

ಪ್ರತೀ ತಾಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿನ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿ, ಜನಸಂಖ್ಯೆ, ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿನ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಅಗತ್ಯಗಳು, ಔಷಧಿಗಳ ಪೂರೈಕೆ, ದಾದಿಯರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು, ಜನರ ಸ್ಪಂದನೆ,ದಾದಿಯರ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಕುರಿತಂತೆ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಗಳು, ಗುಂಪು ಚರ್ಚೆಗಳು ಹಾಗೂ ಅವಲೋಕನ ಮಾಡುವುದರ ಮೂಲಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಲೆ ಹಾಕಲಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸಮಾಡುವ ದಾದಿಯರು ನನ್ನ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹವನ್ನು ಕೊಟ್ಟಿದ್ದು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ನ್ಯಾಯವನ್ನು ಕೊಡಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿದೆ.

ಮಂಗಳೂರಿನ ದಾದಿಯರನ್ನು ಸಂದರ್ಶನಕ್ಕೊಳಪಡಿಸಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ದಾದಿಯರು ವಿಪರೀತವಾದ ಒತ್ತಡದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದ್ದು, ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಇನ್ನಷ್ಟು ಸ್ಪಷ್ಟತೆ ನೀಡುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಮಂಗಳೂರು ಹಾಗೂ ಇತರೆ ತಾಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿರುವ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕು ಸಂಪೂರ್ಣವಾದ ನಗರ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದು ಇತರ ತಾಲೂಕುಗಳಿಂದ ಭಿನ್ನವಾದ ಪರಿಸರವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕು ಭೌಗೋಳಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ರಾಜಕೀಯ ಹಾಗೂ ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕವಾಗಿಯೂ ಉಳಿದ ತಾಲೂಕು ಗಳಿಗಿಂತ ಭಿನ್ನವಾಗಿದೆ. ಇಲ್ಲಿನ ಜನರ ಜೀವನ ಶೈಲಿ, ಉದ್ಯೋಗ, ವರಮಾನದ ಮೂಲಗಳು ಹಲವು ವಿಭಿನ್ನತೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನವು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ್ದಾಗಿದ್ದು ದಾದಿಯರ ಕುರಿತಾದ ಅಧ್ಯಯನವಾಗಿದೆ. ಇಲ್ಲಿಯೂ ಹಲವಾರು ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಇರುವುದು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿನ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಪೂರೈಕೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ದಾದಿಯರ ಕುರಿತು ಕೈಗೊಂಡ ಅಧ್ಯಯನವು ಜಿಲ್ಲೆಯ ತಾಲೂಕುವಾರು ಜನಸಾಂದ್ರತೆ ಹಾಗೂ ಭೌಗೋಳಿಕ ವಿಸ್ತೀರ್ಣದ ಬಗೆಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದು, ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕು ೯೨೩ ಚ.ಕಿ.ಮೀ. ವಿಸ್ತೀರ್ಣವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು ೯,೯೪,೬೦೨(೪೭.೬%) ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ ತಾಲೂಕು ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಭೌಗೋಳಿಕ ವಿಸ್ತೀರ್ಣವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಇದರ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯು ೧೩೭೪ ಚ.ಕಿ.ಮೀ.ನಷ್ಟಿದೆ.

ಇಲ್ಲಿನ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ೨,೬೬,೫೪೯(೧೨.೭೬%) ಇದೆ. ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಮೊದಲ ಶ್ರೇಣಿಯಲ್ಲಿದ್ದು, ಇತರ ತಾಲೂಕುಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ವಲಸಿಗರನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕು ಉದ್ಯೋಗ ಹಾಗೂ ಇನ್ನಿತರ ವಿಚಾರಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಜನರನ್ನು ಆಕರ್ಷಿಸಿದೆ. ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕು ಶಿಕ್ಷಣ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತಂತೆ ಹಲವಾರು ಸವಲತ್ತುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಜನರು ಇಲ್ಲಿ ನೆಲೆಸಲು ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಒಟ್ಟು ೯೩ ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ೧೪೦ ಸರಕಾರಿ ವೈದ್ಯರುಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ೮೨೭ ಸರಕಾರಿ ದಾದಿಯರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ (೨೦೧೬-೧೭ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಕಿಅಂಶ).

ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರತೀ ೧೪,೯೯೬ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಓರ್ವ ವೈದ್ಯರು ಲಭ್ಯರಿದ್ದು, ೨,೫೨೬ ಜನರಿಗೆ ಓರ್ವ ದಾದಿಯು ಲಭ್ಯರಿರುತ್ತಾರೆ. ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಜನಸಾಂದ್ರತೆ ಹೊಂದಿರುವ ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ೧೦,೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ೩.೯% ದಾದಿಯರು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದರೆ, ಇತರ ನಾಲ್ಕು ತಾಲೂಕುಗಳನ್ನು ಒಗ್ಗೂಡಿಸಿ ೪% ದಾದಿಯರು ಪ್ರತೀ ೧೦,೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಲಭ್ಯರಿದ್ದಾರೆ. ಅಂತೆಯೇ, ಸರಕಾರೀ ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಮಾಣವು ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರತೀ ೧೦,೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ೦.೫೪%ರಷ್ಟಿದ್ದರೆ, ಇತರ ತಾಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ೦.೭೮% ವೈದ್ಯರು ಪ್ರತೀ ೧೦,೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಲಭ್ಯರಿದ್ದಾರೆ.

ಮಂಗಳೂರಿನ ಜನಸಾಂದ್ರತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವೈದ್ಯರ ಹಾಗೂ ದಾದಿಯರ ಪ್ರಮಾಣವು ಕಡಿಮೆಯಿದೆ. ಮಂಗಳೂರು ನಗರದಲ್ಲಿ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು ಹಾಗೂ ಇನ್ನಿತರ ಗಂಭೀರ ಸ್ವರೂಪದ ಖಾಯಿಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿವೆ. ಹಾಗಾಗಿ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ವಿಷಯವಾಗಿ ಅತ್ಯಂತ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಪ್ರದೇಶವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕಾದ ಅಗತ್ಯವು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ಪ್ರಮಾಣವು ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದ್ದು, ಮಲೇರಿಯಾದಂತಹ ಖಾಯಿಲೆಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹತೋಟಿಗೆ ಬಂದಿವೆ. ಹಾಗಾಗಿ, ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯು ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು 'ಮಲೇರಿಯಾ ಮುಕ್ತ ಜಿಲ್ಲೆ'ಯೆಂದು ಘೋಷಿಸಲು ನಿರ್ಧರಿಸಿದೆ. ಮಕ್ಕಳ ಪೌಷ್ಠಿಕಾಂಶದ ಕುರಿತಂತೆಯೂ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದೆ. ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರದ ಅಧೀನದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭಗೊಂಡಿರುವ ಆಯುಷ್ಮಾನ್ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಅತ್ಯಂತ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿರುವ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡವು ಪ್ರಥಮ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ಅಲಂಕರಿಸಿದೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜನರು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ವಿಚಾರಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಮುತುವರ್ಜಿಯನ್ನು ವಹಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದ್ದು, ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ವಿಚಾರವಾಗಿ ನೈಸರ್ಗಿಕ ವಿಧಾನ, ಪ್ರಾಕೃತಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ, ಯೋಗ ಹಾಗೂ ಪಂಚಕರ್ಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಮೊರೆಹೋಗುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಸಂಘಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಜನರಿಗೆ ಪ್ರತಿದಿನ ಉಚಿತ ಯೋಗ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿದ್ದು ಆರ್ಯ ಸಮಾಜ, ಆರ್ಟ್ ಆಫ್ ಲಿವಿಂಗ್, ಪತಂಜಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಆಳ್ವಾಸ್ ಹಾಗೂ ಎಸ್.ಡಿ.ಎಂ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಯೋಗ ಥೆರಪಿಗಳನ್ನು ನಡೆಸುವುದರ ಮೂಲಕ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಕೃತಿಕ ವಿಧಾನದಿಂದ ಹಾಗೂ ಯೋಗಾಭ್ಯಾಸದಿಂದ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ ನಡೆಸುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರತ ದಾದಿಯರ ಕುರಿತಂತೆ ಅಧ್ಯಯನವು ಹೆಚ್ಚು ಗಮನಹರಿಸಿದ್ದು, ರಾಜ್ಯದ ಇತರೆಡೆಗಳ ದಾದಿಯರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಪರಿಸ್ಥಿಯು ಸುಧಾರಿತ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಈ ರೀತಿಯ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜನರು ಸುಶಿಕ್ಷಿತರಾಗಿರುವುದು ಹಾಗೂ ಸಂಯಮದ ನಡವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಬಹುತೇಕ ದಾದಿಯರು ಜನರ ಸಹಕಾರದ ಕುರಿತಂತೆ ಪ್ರಶಂಸೆ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ವೇತನ ನೀಡುವಿಕೆಯಲ್ಲಿನ ವಿಳಂಬ, ಅಧಿಕ ಕಾರ್ಯಭಾರ ಹಾಗೂ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಹೊರತಾಗಿಯೂ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿನ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ತೃಪ್ತಿ ಹೊಂದಿರುವುದನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿಗೆ ಸೇರಿದ ೮% ಹಾಗೂ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದ ೪.೨೫% ದಾದಿಯರು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಬುಡಕಟ್ಟು ಸಮುದಾಯವು ದಾದಿ ವೃತ್ತಿಯೆಡೆಗೆ ನಿರಾಸಕ್ತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಶಿಕ್ಷಣದ ಕೊರತೆ ಹಾಗೂ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ ಜೀವಂತವಾಗಿರುವ ಅಸ್ಪೃಶ್ಯತಾ ಮನೋಭಾವ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಪೂರೈಕೆಯ ಕೊರತೆಯು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಪ್ರತಿಫಲಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಇದು ದಾದಿಯರ ಅಧಿಕ ಕಾರ್ಯಭಾರಕ್ಕೆ ಮುಖ್ಯಕಾರಣವಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

ಕ್ಷೇತ್ರ ಭೇಟಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ದಾದಿಯರಿಗೆ ನಗರವಾಸಿಗಳ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ತಕ್ಕಮಟ್ಟಿಗೆ ಇದ್ದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಅಲ್ಲಿನ ಜನರು ಅತೀ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆಸ್ಥೆಯನ್ನು ತೋರಿಸಿರುವುದು ತಿಳಿದುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಹಿರಿಯ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ವಯೋಸಹಜ ಅಸಾಮರ್ಥ್ಯತೆಯಿಂದಾಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಬಹಳ ತೊಂದರೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಇದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಮನೆಗಳು ದೂರದೂರದಲ್ಲಿದ್ದು, ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಭಾಗದ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯವು ದೀರ್ಘ ಸಮಯವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವುದು ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವೆಂದು ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

ಸರಿಯಾಗಿ ವೇತನ ಸಿಗದಿರುವುದು, ತಾತ್ಕಾಲಿಕವಾಗಿ ನೇಮಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ದಾದಿಯರಿಗೆ ದಲ್ಲಾಳಿಗಳಿಂದ ಕಿರಿಕಿರಿ, ಮೇಲಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಿರಿಕಿರಿ, ಔಷಧಗಳ ಕೊರತೆ ಹಾಗೂ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಕೊರತೆಯ ನಡುವೆಯೂ ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಕರ್ತವ್ಯವನ್ನು ಬಹಳ ಮುತುವರ್ಜಿಯಿಂದಲೇ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಅಧಿಕ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ದಾದಿಯರಿದ್ದು, ಪುರುಷ ದಾದಿಯರ ಪ್ರಮಾಣ ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆಯಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿನ ಪುರುಷರು ದಾದಿ ವೃತ್ತಿಯ ಕಡೆಗೆ ನಿರಾಸಕ್ತಿ ಹೊಂದಿರುವುದೇ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಅಧಿಕ ಕಾರ್ಯಭಾರದ ನಡುವೆಯೂ ಮಹಿಳಾ ದಾದಿಯರೇ ತಡರಾತ್ರಿಯವರೆಗೂ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯವನ್ನು ನಡೆಸುವ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ವರ್ಗದವರು ಅಸಮಾಧಾನವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುವ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ, ದಾದಿ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿಯೂ ಅಲ್ಪಮಟ್ಟಿನ ಲಿಂಗ ತಾರತಮ್ಯತೆಯ ಬಿಸಿ ತಟ್ಟಿರುವ ಕುರಿತಂತೆ ಹಲವಾರು ದಾದಿಯರು ವಿವರಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಮೀಕ್ಷೆಯ ಮಾಹಿತಿ ಸಂಗ್ರಹಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕಲೆಹಾಕಿದ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ನಿಗದಿತ ಸಮಯದೊಳಗೆ ಕಳುಹಿಸಲು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ನೆಟ್‌ವರ್ಕ್ ಸಮಸ್ಯೆಯು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಕಾಡುತ್ತಿದೆ. ಕಂಪ್ಯೂಟರ್ ಬಳಕೆಯು ಹಿರಿಯ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಕಬ್ಬಿಣದ ಕಡಲೆಯಂತಾಗಿದ್ದರೆ, ತಮ್ಮ ಕೆಲಸದ ಜೊತೆಗೆ ಹಿರಿಯ ದಾದಿಯರ ಕೆಲಸವನ್ನೂ ಮಾಡಿಕೊಡಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ ಕಿರಿಯ ದಾದಿಯರದ್ದಾಗಿದೆ. ಎಷ್ಟೇ ಉತ್ಸಾಹ ಹಾಗೂ ಮುತುವರ್ಜಿಯಿಂದ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿದರೂ ಮುಂಭಡ್ತಿ ಭಾಗ್ಯವಿಲ್ಲ ಎಂಬುದು ದಾದಿಯರ ದೊಡ್ಡ ಕೊರಗಾಗಿದೆ.

ವೈದ್ಯರ ಮೇಲೆ ಹಲ್ಲೆಗಳಾದಾಗ ದೇಶಾದ್ಯಂತ ನಡೆಸಲ್ಪಡುವ ಪ್ರತಿಭಟನೆಗಳು ವೈದ್ಯರಿಗೆ ನ್ಯಾಯ ದೊರಕಿಸಿ ಕೊಡಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತವೆ. ಆದರೆ, ದಾದಿಯರ ಮೇಲೆ ನಡೆಯುವ ಹಲ್ಲೆಗಳು ಹಾಗೂ ಇನ್ನಿತರ ದೌರ್ಜನ್ಯಗಳು ಅಲ್ಲಿಯೇ ಧ್ವನಿಯಿಲ್ಲದೇ ಸೊರಗುತ್ತವೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಅರುಣಾ ಶ್ಯಾನುಭಾಗ್ ಎಂಬ ದಾದಿಯ ಮೇಲೆ ೧೯೭೩ರಲ್ಲಿ ನಡೆದ ಅತ್ಯಾಚಾರವು ಆಕೆಯನ್ನು ಜೀವಂತ ಶವವನ್ನಾಗಿಸಿತ್ತು. ದಾದಿಯರ ಮೇಲೆ ನಡೆಯುವ ದೈಹಿಕ ಹಾಗೂ ಮಾನಸಿಕ ದೌರ್ಜನ್ಯಗಳಿಗೆ ಧ್ವನಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಲು ಸರಿಯಾದ ಸಂಘಟನೆಗಳ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ತಕ್ಕಮಟ್ಟಿಗೆ ದಾದಿಯರ ಸಂಘವು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಅದು ಇನ್ನೂ ಸದೃಢವಾಗಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಯು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿನ ಹಲವಾರು ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಸಂಘಟನೆಯನ್ನು ಬಲಪಡಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿರುವುದು ತಿಳಿದುಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಪವಿತ್ರವಾದ ವೃತ್ತಿಯೆಂದು ಬಹುತೇಕರು ಪರಿಗಣಿಸಿರುವುದು ಸಮಾಧಾನಕರ ವಿಷಯವಾಗಿದ್ದು, ದಾದಿಯರೂ ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಸಂತೃಪ್ತಿಯ ಮನೋಭಾವವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ.

೧೩. ಕ್ರೊನಿನ್, ಸ್ಟಬ್ಸ್ ಡಿ., ಬ್ರೊಫಿ ಇ.ಬಿ., "ಕ್ಯಾನ್ ಸೋಷಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟ್ ಸೇವ್ ದ ನರ್ಸಸ್?" ಮೆಂಟಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವೆ ರಿಪೋರ್ಟ್, ೧೯೯೫. ಪುಟ ೯–೧೧.

೧೪. ಅದೇ. ಪುಟ ೧೨.

೧೫. ಮೆನ್ಜಿಸ್ ಐ. ಈ., "ನರ್ಸಸ್ ಅಂಡರ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್", ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಷನಲ್ ನರ್ಸಸ್ ರಿವ್ಯೂ, ೧೯೬೦. ಪುಟ ೧೦–೧೩.

೧೬. ಮಹರಿ ವಾಂಡರ್‌ವಿಲ್ ಏಲಿಯನ್ಸ್, "ಇನ್ವೆಸ್ಟಿಗೇಟಿಂಗ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಎಫೆಕ್ಟ್ ಪ್ಯಾಟರ್ನ್ಸ್ ಇನ್ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಸ್ಟಾಫ್ ನರ್ಸಸ್", ಸೋಷಿಯಲ್ ಸಯನ್ಸ್ ಮೀಡಿಯಾ, ೧೯೯೭.

೧೭. ಆಲ್‌ಅಮೆರಿ ಎ.ಎಸ್., "ಸೋರ್ಸಸ್ ಆಫ್ ಜಾಬ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಫಾರ್ ನರ್ಸಸ್ ಇನ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ಸ್", ಗೂಗಲ್ ಸ್ಕಾಲರ್ಸ್, ೨೦೦೩.

೧೮. ಹರಿಪ್ರಸಾದ್ ಕಾಪ್ಲೆ, "ಸೆಕ್ಷ್ಯುವಲ್ ಹರಾಸ್‌ಮೆಂಟ್ ಇನ್ ದ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ – ಆರ್ ನರ್ಸಸ್ ಸೇಫ್?", ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಷನಲ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸಯನ್ ಆ್ಯಂಡ್ ರಿಸರ್ಚ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೩, ೨೦೧೩. ಪುಟ ೨೪೦.

೧೯. ಅಮೋಲೆ ಬಿ.ಬಿ. ಆ್ಯಂಡ್ ಡಾಕರಿ, "ಮಲ್ಟಿಕ್ರೈಟಿರಿಯ ಡಿಸಿಷನ್ ಎನಾಲಿಸಿಸ್ ಆಫ್ ಆಕ್ಯುಪೇಷನಲ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಸ್ ಎಮಂಗ್ ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್ ಪ್ರೊಫೆಶನಲ್ಸ್", ಮೆಡಿಕಲ್ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಆಫ್ ಪೋಲೆಂಡ್, ೨೦೧೮. ಪುಟ ೧೧೩–೧೨೦.

ಅಧ್ಯಾಯ ಐದು

ಉಪಸಂಹಾರ

- ಅಧ್ಯಯನದ ಫಲಿತಗಳು
- ಸಲಹೆಗಳು

ಅಧ್ಯಾಯ ಐದು

ಉಪಸಂಹಾರ

ಆರೋಗ್ಯವು ಮಾನವನ ಅಮೂಲ್ಯವಾದ ಆಸ್ತಿಯಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯವು ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸಮ್ಮತಿ ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೇ ಮಾನವನ ಸಹಜ ಸಾಧನೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವು ಒಂದು ದೇಶದ ಆರ್ಥಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಬಲ್ಲದು. ಅನಾರೋಗ್ಯವು ದೇಶದ ಉತ್ಪಾದನಾ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಕುಂಠಿತಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯವು ಲಭ್ಯ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಪರಿಪೂರ್ಣವಾದ ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ.

ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ತಿಳಿಯುವುದು ಬಹಳ ಅವಶ್ಯವಾಗಿದೆ. ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವು ಮಾನವನ ಸಂತೋಷ ಮತ್ತು ಯೋಗಕ್ಷೇಮದ ಕೇಂದ್ರ ಬಿಂದುವಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಕುರಿತಂತೆ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಕೆಲವು ಉಲ್ಲೇಖಗಳು ಈ ಸಂಕೀರ್ಣವಾದ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತವೆ. ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹಾಗೂ ಬಡತನ ನಿವಾರಣೆಯ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಬೀರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಸರ್ಕಾರದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಹೂಡಿಕೆಗಳು ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮೇಲೆ ಮೀಸಲಾಗಿರಬೇಕು ಎಂದು ವಿಶ್ವ ವ್ಯಾಪಾರ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿದೆ.

ಭಾರತದ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ೧೦% ಜನರು ತೀವ್ರ ಬಡತನದಲ್ಲಿ ಜೀವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಅಂದರೆ ೭೩ ಮಿಲಿಯನ್‌ನಷ್ಟು ಜನರು ತೀವ್ರ ಬಡತನವನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಾ ಜೀವನ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಶ್ರಮಪಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಭಾರತವು ವಸಾಹತುಶಾಹಿ ಆಳ್ವಿಕೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿದ್ದಂತಹ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ದೇಶವು ಮೂಲಭೂತ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಲ್ಲದೇ ಇತರ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನೂ ಎದುರಿಸುತ್ತಿತ್ತು. ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ನಂತರದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ದೇಶದ ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಇನ್ನಿತರ ಹಲವಾರು ವಲಯಗಳ ಚೇತರಿಕೆಗೆ ಗಮನ ನೀಡುವುದು ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿತ್ತು. ಏಕೆಂದರೆ ಸಾಮಾಜಿಕ, ರಾಜಕೀಯ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಆರ್ಥಿಕ ಪ್ರಗತಿಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುವುದರಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಸಂದೇಹವಿರಲಿಲ್ಲ. ದೇಶವು ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವನ್ನು ಗಳಿಸಿದ ಸಂತೋಷವನ್ನು ಅನುಭವಿಸುವುದಕ್ಕಿಂತ ಕಠಿಣ ಸವಾಲುಗಳಿಗೆ ತಲೆಯೊಡ್ಡುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿತ್ತು. ಅದರಲ್ಲೂ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯು ಒಂದಾಗಿದ್ದು,

ಜನರು ಹಲವಾರು ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದರು. ಖಾಸಗಿ ವಲಯದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಮುಂದಿದ್ದರೂ ತೀವ್ರವಾದ ಬಡತನ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಕಷ್ಟ, ಅನಕ್ಷರತೆ, ಸಂಪ್ರದಾಯದ ಚೌಕಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಬದುಕುತ್ತಿದ್ದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಬಡಜನರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಹಲವು ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದರು. ಹೀಗಾಗಿ ಭಾರತವು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಜನರಿಗೆ ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಥಮ ಹೆಜ್ಜೆಯನ್ನಿರಿಸಿತು. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯು ಪ್ರಥಮವಾಗಿ ಭೋರ್ ಕಮಿಟಿಯಿಂದ ಗುರುತಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿತು(೧೯೪೬). ಭೋರ್ ಕಮಿಟಿಯು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಮಹತ್ವದ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಕೆಲವೊಂದು ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ನೀಡಿತು. ಇದರನ್ವಯ ೧೯೮೩ರಲ್ಲಿ ಮೊದಲ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯು ಜಾರಿಯಾಯಿತು. ಇದು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಸರಕಾರದ ಪ್ರಮುಖ ಗುರಿಯನ್ನಾಗಿ ಸುವಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವದ ಹೆಜ್ಜೆಯನ್ನಿರಿಸಿತ್ತು.

೧೯೭೮ರ ವಿಶ್ವ ವ್ಯಾಪಾರ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಆಲ್ಮಾಅಟ್ಟ ಡಿಕ್ಲೇರೇಷನ್, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ಕೆಲವೊಂದು ಮಹತ್ವದ ತೀರ್ಮಾನಗಳನ್ನು ಕಂಡುಕೊಂಡಿತು. ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ, ಎಲ್ಲರೂ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಹೊಂದಿರಬೇಕು. ಆರೋಗ್ಯವು ಮಾನವನ ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕುಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದು. ಸರಿಯಾದ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನದ ಬಳಕೆ ಅಂತರ್‌ವಲಯದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ವಿಚಾರಗಳಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯಗಳ ಸಹಭಾಗಿತ್ವ ಎಂಬ ವಿಷಯಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ಚರ್ಚಿಸಿತ್ತು.

ಭಾರತವು ಜನರಿಗೆ ಅದರಲ್ಲೂ ಬಡ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರಿಗೆ ಅಗತ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಮನ ಕೊಟ್ಟಿತ್ತಾದರೂ ಅದು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸದಿರುವುದು ಗಮನೀಯ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಒಂದು ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ ಎನ್ನುವುದರ ಚಿಂತನೆಯು ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ವಿಷಯಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ಚರ್ಚಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ.

ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಇಂದು ಎಲ್ಲಾ ಯೋಚನೆಗಳ ಹಾಗೂ ಯೋಜನೆಗಳ ಕೇಂದ್ರಬಿಂದುವಾಗಿದೆ. ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಾನಂತರ ವಸಾಹತುಶಾಹಿ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಈ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಎನ್ನುವ ಮೂಲಮಂತ್ರದೊಡನೆ ಸಾಗುತ್ತಿದ್ದರೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ಹಾಗೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ದೇಶಗಳ ನಡುವೆ ಇಂದು ಹಲವಾರು ವಿಚಾರಗಳಲ್ಲಿ ಅಸಮಾನತೆಯು ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿದೆ. ಈ ಹಿಂದೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಮಾನದಂಡ ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಥವಾ ವರಮಾನದ ಗಳಿಕೆ ಎಂಬಂತಾದರೂ ಇಂದು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ತನ್ನ ವಿಸ್ತಾರತೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ಹಲವಾರು ವಿಚಾರಗಳು, ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳು, ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳು, ಚರ್ಚೆಗಳು ಇಂದು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಎಂಬ ಪದದ ಅರ್ಥವನ್ನು ಹಿಗ್ಗಿಸಿವೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಇಂದು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಹೊಂದಿಕೊಂಡಿದೆ.

ಮಾನವಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಇಂದು ಹೊಸ ಶಕೆಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಾಗಿ ಹೊರಹೊಮ್ಮಿದೆ. ಒಂದು ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಮಾನವನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತವಾಗಿದೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯೊಡನೆ ಬೆಸೆದುಕೊಂಡಿದೆ. ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ತನ್ನ ಗುರಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಬೇಕಾದರೆ ಒಂದು ಸಮಾಜವು ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರಬೇಕು ಎಂದು ದಾಸ್ ಗಾಸ್ಪರ್ ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ. ೧೯೯೦ರ ಯು.ಎನ್.ಡಿ.ಪಿ.ಯ ವರದಿ ಪ್ರಕಾರ ಒಂದು ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಆ ದೇಶದ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ. ಉತ್ತಮ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿಸರದ ಅಗತ್ಯವಿದೆ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದೆ. ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್ ಅವರ ಪ್ರಕಾರ ಮಾನವನಿಗೆ ಅವನ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಲು ಹಾಗೂ ಅವನ ಜೀವನದ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲು ನೀಡುವ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವೇ ನಿಜವಾದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಮಹತ್ವವನ್ನು ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ಮಾನವನಿಗೆ ಹಕ್ಕುಗಳು ಉತ್ತಮ ಜೀವನವನ್ನು ರೂಪಿಸಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿವೆ. ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್ ಅವರು ಮಾನವನು ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಹಕ್ಕುಗಳ ಪಾತ್ರ ಬಹಳ ದೊಡ್ಡದು ಎಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ. ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳು ಬದುಕಿನ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತದೆ. ಇದು ಮಾನವನ ವ್ಯಕ್ತಿತ್ವದ ಸರ್ವತೋಮುಖ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ.

ಮಾನವನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಮೂರು ಮುಖ್ಯ ಅಂಶಗಳು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುತ್ತವೆ. ಮೊದಲನೆಯದಾಗಿ ದೀರ್ಘಕಾಲಿಕ ಜೀವನ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ. ಎರಡನೆಯದಾಗಿ ಶಿಕ್ಷಣ. ಮೂರನೆಯದಾಗಿ ಉತ್ತಮ ಜೀವನ ಮಟ್ಟ. ಇವುಗಳನ್ನು ಮಾನವನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಸೂಚ್ಯಾಂಕಗಳೆಂದು ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಮಾನವನ ದೀರ್ಘಕಾಲಿಕ ಜೀವನ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯವು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಸೂಚ್ಯಾಂಕ ಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿದೆ. ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಮಾನವನ ಅಸ್ತಿತ್ವವು ಆತನ ವ್ಯಕ್ತಿತ್ವವನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸಬೇಕು. ಭಾರತವು ಹೇರಳವಾದ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಭಾರತವು ಸಂಪದ್ಭರಿತವಾದ ಯುವ ಸಮೂಹವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಯಾವುದೇ ಒಂದು ದೇಶದ ಜನರು ದೇಶದ ಪ್ರಗತಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಬೇಕಾದರೆ ಆ ದೇಶದ ಉತ್ಪಾದಕತೆಗೆ ಕೊಡುಗೆಯಾಗಬೇಕು. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿ ರೋಗಿಯಾಗಿದ್ದುಕೊಂಡು ನೂರು ವರ್ಷ ಬದುಕಿದರೂ ಆತನಿಂದ ದೇಶದ ಉತ್ಪಾದಕತೆಗೆ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಕೊಡುಗೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಮಾನವನು ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗ ಬೇಕಾದರೆ ದೇಶದ ಉತ್ಪಾದಕತೆಯಲ್ಲಿ ಅವನು ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳಬೇಕು. ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವು ಮಾನವನಿಗೆ ದೀರ್ಘಕಾಲಿಕವಾದ ಹಾಗೂ ಉತ್ತಮವಾದ ಜೀವನವನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಈ ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಜೀವನವು ದೇಶದ ಸಂಪನ್ಮೂಲವಾಗಿ ಪರಿವರ್ತಿತವಾಗುವುದರಲ್ಲಿ ಸಂದೇಹವಿಲ್ಲ.

ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವನ್ನು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವು ರಕ್ಷಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವಿಚಾರದಿಂದ ದೇಶದ ಜನರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ. ಪ್ರಪ್ರಥಮವಾಗಿ ಈ

ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಮಾಡಬೇಕಾದುದು ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ. ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಸರಕಾರವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮೇಲೆ ಹಾಗೂ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಂಡಿದೆ.

ಜಾಗತೀಕರಣದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯು ಸವಾಲಾಗಿ ಪರಿಗಣಮಿಸಿದೆ. ಜಾಗತೀ ಕರಣವು ಹಲವಾರು ಬದಲಾವಣೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಇದು ಭೌತಿಕ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಕಾರಣವಾಗದೆ, ಮಾನವನ ಆರ್ಥಿಕ, ರಾಜಕೀಯ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬದುಕಿನಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರಿದೆ. ಜಾಗತೀಕರಣದ ಪ್ರಭಾವವು ದೇಶದ ಉತ್ಪಾದನೆ ಹಾಗೂ ಉತ್ಪಾದನಾ ಮಾದರಿಗಳಲ್ಲಿ ತರುವ ಬದಲಾವಣೆಯು ಮಾನವನ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರುತ್ತದೆ. ಐತಿಹಾಸಿಕ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಲ್ಲಿ ಜಾಗತೀಕರಣವು ವ್ಯಾಪಾರ ವಿನಿಮಯ ಮತ್ತು ಮಾಹಿತಿ ಬಂಡವಾಳ ಹಾಗೂ ಕಾರ್ಮಿಕ ಹೆಚ್ಚಿರುವ ಚಲನಶೀಲತೆಯು ವಿಶ್ವದ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿದೆ. ಇದು ದೇಶಗಳ ವಿಸ್ತಾರತೆಯನ್ನು ದ್ವಿಗುಣಗೊಳಿಸಿದೆ. ಜಾಗತೀಕರಣವು ಗಡಿಯಾಚೆಗಿನ ಆರ್ಥಿಕ ವಹಿವಾಟಿನ ಅರಿವಿನೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ.

ಜಾಗತೀಕರಣದಿಂದ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಬೀಳುವ ಪರಿಣಾಮದ ಬಗ್ಗೆ ನಾವಿನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟತೆಯನ್ನು ಕಂಡಿಲ್ಲ. ಆದಾಯ ಹೆಚ್ಚಳ, ಆದಾಯ ವಿತರಣೆಯಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆ, ಬಡತನದ ಕಡಿತ, ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಸುಧಾರಿತಗೊಳಿಸುವಂತಹ ಹಲವಾರು ನೀತಿಗಳು ಜಾಗತೀಕರಣದ ಪರಿಣಾಮಗಳಾಗಿವೆ. ಇದು ಮಾನವನ ಜೀವನದ ಪಥವನ್ನೇ ಬದಲಾಯಿಸಿದೆ. ಬದಲಾದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಹೊಸ ಜೀವನ ಪದ್ಧತಿಗೆ ಮಾನವನನ್ನು ಆಕರ್ಷಿಸಿದೆ. ಇದು ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿದೆ.

ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಆರೋಗ್ಯದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ತೀರ್ಮಾನಿಸುವುದರಿಂದ ದೇಶವು ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸುವುದು ಅವಶ್ಯವಾಗಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸುವುದು ಅಷ್ಟೊಂದು ಸುಲಭ ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ, ಭಾರತವು ಬಹು ವಿಸ್ತಾರತೆಯ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ ದೇಶವಾಗಿದ್ದು, ಸರಕಾರದ ಎಲ್ಲಾ ಯೋಜನೆಗಳು ಸರಿಯಾಗಿ ಅನುಷ್ಠಾನ ಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆಂದು ಭಾವಿಸುವಂತಿಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ಕ್ಷೇತ್ರದ ವಿಚಾರವು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದು ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರವು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಹಾಗೂ ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯೋಜನೆಗಳ ಕುರಿತು, ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರವು ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಹಾಗೂ ತಾಂತ್ರಿಕ ವಿಷಯಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ನಿರ್ಧಾರಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯು ಹಲವಾರು ಸವಾಲುಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದೆ. ಭಾರತದಂತಹ ಮುಂದುವರೆಯುತ್ತಿರುವ ದೇಶಗಳು ಈಗಾಗಲೇ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಸಮರ್ಪಕ ವಿತರಣೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಲವೊಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸವಾಲುಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದು ಬದಲಾದ ಈ ಕಾಲಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ

ರಕ್ಷಣೆಯು ಕಷ್ಟಕರವೆನಿಸಿದೆ. ದೇಶದ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹಲವಾರು ಕಾರಣಗಳಿವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವೆಂದರೆ, ಭೌಗೋಳಿಕ ಸಮಸ್ಯೆ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆ, ಲಿಂಗ ತಾರತಮ್ಯದ ಸಮಸ್ಯೆ ಇತ್ಯಾದಿ.

ವಿಸ್ತಾರವಾದ ಭೂಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಭಾರತದಂತಹ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿ ಭೌಗೋಳಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಜನರಿಗೆ ಇರುವ ಸಂಪರ್ಕ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದಾಗಿ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸೇವೆಯನ್ನು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಪಡೆಯಲು ಕಷ್ಟವಿದ್ದು, ಶಿಶುಗಳ ಮರಣದ ಪ್ರಮಾಣ ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ. ತಾಯಂದಿರ ಶಿಕ್ಷಣದ ಕೊರತೆಯೂ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಈ ಸಮಸ್ಯೆಯು ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಕೇವಲ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ರೋಗಿಗಳ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಎದುರಿಸುತ್ತಿವೆ. ಈ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕರಿಗೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ದೂರದ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವೆಯನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯಗೊಳಿಸಿ ಹಾಗೂ ಹಲವಾರು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದಾಯಕ ಸವಲತ್ತುಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿದರೂ ಇದು ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ಸನ್ನು ಸಾಧಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಾಗೂ ಅರೆವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯು ಹೆರಿಗೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಸಾಧ್ಯವಾದಷ್ಟು ಒದಗಿಸಿದರೂ ತಾಯಂದಿರ ಮರಣದ ಪ್ರಮಾಣವು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿಲ್ಲ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಭೌಗೋಳಿಕ ರಚನಾ ಸಮಸ್ಯೆಯು ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಸಮರ್ಪಕ ಬಳಕೆಗೆ ಎದುರಾಗಿರುವ ದೊಡ್ಡ ಸವಾಲು ಎಂದೇ ಹೇಳಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಎರಡನೆಯದಾಗಿ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಸರಿಯಾಗಿ ನಿರ್ದೇಶಿತ ಗುರಿ ಮುಟ್ಟುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗಿದೆ. ನಗರ ಬಡತನದಂತಹ ವಿಷಯಗಳು ನಮಗೆ ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ತಂದೊಡ್ಡುತ್ತಿದೆ. ನಗರಗಳಲ್ಲಿ, ಸ್ಲಂಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಮಾಡುವ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯವು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಜನರಿಗಿಂತ ೬ಂಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ನಗರಗಳ ಸ್ಲಂಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಜನರು ವಲಸಿಗರಾಗಿರುವ ಕಾರಣ ಕಡಿಮೆ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆಹಾರ ಬಳಕೆ, ಆಹಾರಗಳ ಸಮರ್ಪಕ ದಾಸ್ತಾನುಗಳ ಕೊರತೆ, ಶುದ್ಧ ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನ ಕೊರತೆ, ಕಳಪೆ ವಸತಿ ಸೌಕರ್ಯಗಳು, ಹೆಚ್ಚು ಉಷ್ಣ ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚು ಶೀತ ಭಾದೆ ರೋಗಗಳು, ಶುದ್ಧ ಸಾಮಾಜಿಕ ಭದ್ರತೆಯ ಕೊರತೆ ಇವೆಲ್ಲವು ನಗರ ಬಡತನ ವಾಸಿಗಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ಕಡಿಮೆಮಾಡಿವೆ. ಈ ಕಾರಣದಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಜನರಿಗಿಂತ ನಗರ ಸ್ಲಂವಾಸಿಗಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣದ ಬಗೆಗಿನ ಕೊರತೆಯು ಅವರನ್ನು ಅನಾರೋಗ್ಯವಂತರನ್ನಾಗಿ ಇರಿಸುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸಿವೆ.

ಮೂರನೆಯದಾಗಿ ಲಿಂಗಸಂಬಂಧಿತ ವಿಷಯಗಳು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹಿನ್ನಡೆಯನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಒಂದು ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಸಮಾಜವು ಅಕ್ಷರಶಃ ಆ ಸಮಾಜದ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು

ಪ್ರತಿಫಲಿಸುತ್ತದೆ. ಭಾರತವೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಹಲವಾರು ದಕ್ಷಿಣ ಏಷ್ಯಾ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಅಂಶವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಕಡೆಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ನಮ್ಮ ರಾಜ್ಯವೂ ಹೊರತಾಗಿಲ್ಲ. ಲಿಂಗತಾರತಮ್ಯತೆಯು ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ದುರ್ಬಲಗೊಳಿಸಿರುವುದೇ ಅಲ್ಲದೆ ಅವರನ್ನು ರೋಗಗಳ ಗೂಡಾಗಿಸಿದೆ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ಇದು ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಖಾಯಿಲೆಗೆ ಗುರಿಯಾಗುವಂತೆ ಮಾಡಿದೆ ಹಾಗೂ ಅವರ ಮರಣದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಏರಿಸಿದೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಗಳಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಪುರುಷರ ಅಧೀನ ಸ್ಥಾನಗಳಲ್ಲಿ ನಮಗೆ ಗೋಚರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ, ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪುರುಷರನ್ನೇ ಅವಲಂಬಿ ಸಿದ್ದಾರೆ. ಒಂದು ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಮಗನು ಅನುಭವಿಸುವ ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ತುಷ್ಟಿಗುಣವು ಮಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಅಧಿಕ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಇರುತ್ತದೆ. ಶ್ರೀಮಂತ ಮನೆಯ ಹೆಣ್ಣುಮಗಳು ಸಹ ತನ್ನ ಖಾಯಿಲೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ತಕ್ಷಣಕ್ಕೆ ಔಷಧೀಯ ಪರಿಹಾರೋಪಾಯವನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿದೆ. ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹೆಚ್ಚು ನಿರ್ಲಕ್ಷರಾಗಿರಲು ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆ ಒಂದು ಕಾರಣವಾದರೆ, ಶ್ರೀಮಂತ ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ಖಾಯಿಲೆಯ ಬಗೆಗೆ ಉದಾಸೀನತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದ ವಿಚಾರವಾಗಿದೆ. ಲಿಂಗ ತಾರತಮ್ಯವು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಮುಕ್ತ ಪ್ರವೇಶಕ್ಕೆ ತೀವ್ರವಾದ ತಡೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಭಾರತವು ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕತೆಯ ಚೌಕಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ ಬಂಧಿತವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ಗುಪ್ತ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಸಮಾಲೋಚನೆಯನ್ನು ಮಾಡದಿರುವುದು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಹಿನ್ನಡೆಗೆ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಆರೋಗ್ಯಕರ ಜೀವನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳು ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಮುತುವರ್ಜಿಯು ಎಲ್ಲಾ ನಾಗರಿಕರ ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕು ಮಾತ್ರವೇ ಆಗಿರದೆ ಉತ್ತಮ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಪೂರ್ವಾಪೇಕ್ಷಿತ ಅಂಶಗಳಾಗಿವೆ. ಸಮಾಜದ ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ರಾಜಕೀಯ ಅಸಮಾನತೆಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಫಲಿತಾಂಶದ ಸೂಚಕಗಳ ಮೇಲೆ ನೇರ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರುತ್ತವೆ. ಸಮಾಜದ ಪ್ರಮುಖ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚಕಗಳೆಂದರೆ ಶಿಶು ಮತ್ತು ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ (ಐ.ಎಂ.ಆರ್ ಮತ್ತು ಎಂ.ಎಂ.ಆರ್). ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಏರುಗತಿಯಲ್ಲಿ ಸಾಗುತ್ತಿದೆ. ಪ್ರತೀ ವರ್ಷ ೨.೨ ಮಿಲಿಯನ್ ಶಿಶು ಮರಣವು ಸಂಭವಿಸುತ್ತಿತ್ತು.ಆದರೆ ಇತ್ತೀಚಿನ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಶಿಶುಮರಣದ ಸಂಖ್ಯೆಯು ತಕ್ಕ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಇಳಿಕೆಯಾಗುತ್ತಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯು ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ೧೦೦೦ದಲ್ಲಿ ೬೦ಕ್ಕೆ ಇಳಿಸುವ ಗುರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿತ್ತು. ಆದರೆ, ಪ್ರಸ್ತುತ ಶಿಶು ಮರಣವು ೧೦೦೦ಕ್ಕೆ ೩೨ ಇದೆ.

೨೦೧೧-೧೩ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ಪ್ರಕಾರ ತಾಯಿಯ ಮರಣದ ಪ್ರಮಾಣವು ಲಕ್ಷಕ್ಕೆ ೧೬೭ ಇದ್ದು, ೨೦೧೪-೧೬ರಲ್ಲಿ ಇದು ೧೩೦ ಇದೆ. ೨೦೧೩ರ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಪ್ರತಿದಿನ ಸರಿಸುಮಾರು ೩೦ರಷ್ಟು ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಸಾವಿನಿಂದ ಪಾರಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸವ ಸಮಯದಲ್ಲಿನ ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಇಳಿಕೆಯಾಗುತ್ತಿದ್ದು, ೨೦೦೪-೦೬ರಲ್ಲಿ ೨೧೩ಇದ್ದ ಪ್ರಮಾಣವು, ೨೦೧೩-೦೧೪ರಲ್ಲಿ ಒಂದು ಲಕ್ಷಕ್ಕೆ ೧೩೩ ಆಗಿದ್ದು, ೨೦೧೪ರಲ್ಲಿ ೧೦೮ ಇರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ೨೦೧೭ರಲ್ಲಿ ಇದು ಲಕ್ಷಕ್ಕೆ ೭೦ ಇದ್ದು ಇತರ ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಕರ್ನಾಟಕದ ಪ್ರಗತಿಯು ಮಂದಗತಿಯಲ್ಲಿ ಸಾಗುತ್ತಿದೆ. ತಮಿಳುನಾಡು, ಕೇರಳ, ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶ, ತೆಲಂಗಾಣ ಮುಂಚೂಣಿಯಲ್ಲಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕವು ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ೯ನೇ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ.

ಆರ್ಥಿಕ ಅಸಮಾನತೆಯು ಆರೋಗ್ಯ ಅಸಮಾನತೆಗೆ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಹಣಕಾಸಿನ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದ ಜನರು ಖಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಮಾಡದಿರುವುದು ಅವರ ಆರೋಗ್ಯದ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಇನ್ನೂ ಕಡೆಗಣಿಸಿದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಅದರಲ್ಲೂ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುತ್ತದೆ. ಸರಕಾರದ ಹಲವು ಯೋಜನೆಗಳು, ನೀತಿಗಳು ಬಡತನದ ಅದರಲ್ಲೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಬಡ ಜನರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ. "ಆರೋಗ್ಯವೇ ಭಾಗ್ಯ" ಎಂಬ ನಾಣ್ನುಡಿಯಂತೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದುವುದು ಮಾನವನ ಹಕ್ಕು ಹಾಗೂ ಆತನ ಕರ್ತವ್ಯವೂ ಆಗಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಸರ್ಕಾರಗಳ ಯೋಜನೆಗಳ ಸಮರ್ಪಕ ಅನುಷ್ಠಾನವು ಜನರ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯ ಮೇಲೆ ನಿರ್ಧರಿತವಾಗಿದೆ.

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಹಾಗೂ ಅಮೂಲ್ಯ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ದಾದಿಯರ ಕುರಿತಂತೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಕಂಡುಬಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರ ಬಹಳ ಪ್ರಮುಖವಾದುದು ಎಂದು ನಡೆಸಲಾದ ಸೀಮಿತ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಸಾಬೀತುಪಡಿಸಿವೆ. ಭಾರತದಂತಹ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರವು ತನ್ನ ಉದ್ದೇಶಿತ ಗುರಿಯನ್ನು ತಲುಪುವುದು ಅಷ್ಟೊಂದು ಸುಲಭದ ಮಾತಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಯಶಸ್ಸು ಸಮರ್ಪಕವಾದ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಪೂರೈಕೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಮಾನದಂಡದ ಪ್ರಕಾರ ೧೦೦೦ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ಶೇ. ೧ ವೈದ್ಯರು ಹಾಗೂ ಶೇ. ೨.೫ ದಾದಿಯರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕು. ಆದರೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ೧೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಶೇ. ೦.೭೫ ವೈದ್ಯರಿದ್ದು, ಶೇ. ೧.೭ ದಾದಿಯರಿದ್ದಾರೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯು ಹೆಚ್ಚಿದ್ದು ಹೆಚ್ಚಿನ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ

೨.೪ಮಿಲಿಯನ್‌ಗಳಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ದಾದಿಯರ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಜನಸಾಂದ್ರತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವೈದ್ಯರು ೧:೧೦೦೦ ಹಾಗೂ ೦.೭:೧೦೦೦ ದಾದಿಯರ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ನರ್ಸಿಂಗ್ ಕೌನ್ಸಿಲ್ ದೇಶದ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಮಂಡಳಿಯಲ್ಲಿ ೭,೮೯,೭೪೦(ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿ) ಹಾಗೂ ೫೬,೮೯೬(ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಾಹಕರು)ದಾದಿಯರು ನೋಂದಾಯಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ೨ಲಕ್ಷ ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರು, ಸಾವಿರಾರು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಕರು ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ದಾದಿಯರು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಈ ಮೇಲಿನ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಬಂಡವಾಳ ಪೂರೈಕೆಯ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ದಾದಿಯರ ಪೂರೈಕೆಯು ಬಹಳ ಕಡಿಮೆ ಯಾಗಿದ್ದು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ದಾದಿಯರು ಹಲವಾರು ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇದು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಪ್ರಗತಿಯ ಮೇಲೆ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರುತ್ತಿರುವುದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನವು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿನ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವುದರೊಂದಿಗೆ ದಾದಿಯರ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ, ಔದ್ಯೋಗಿಕ ವಾತಾವರಣವು ಹೇಗೆ ಅವರ ಕರ್ತವ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಅದರ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸುವುದರೊಂದಿಗೆ ಸರಕಾರವು ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ನಿರ್ಧಾರಗಳ ಬಗ್ಗೆಯೂ ಅವಲೋಕಿಸಿದೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನವು ನಾಲ್ಕು ಅಧ್ಯಾಯಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದು ಮೊದಲನೆಯ ಅಧ್ಯಾಯವು ಪೀಠಿಕೆ, ಸಮಸ್ಯೀಕರಣ, ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು, ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶಗಳು, ಅಧ್ಯಯನದ ಮಹತ್ವ, ಅಧ್ಯಯನದ ವಿಧಾನಗಳು ಹಾಗೂ ಅಧ್ಯಯನದ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ಇತಿಮಿತಿಗಳು ಮತ್ತು ಅಧ್ಯಯನದ ವಿಭಾಗಿಕರಣವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ಎರಡನೆಯ ಅಧ್ಯಾಯವು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಾಹಿತ್ಯ ಪರಮಾರ್ಶಣೆಯ ಬಗೆಗಿನ ವಿವರಣೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಬಗೆಗಿನ ಸಾಹಿತ್ಯ ಪರಾಮರ್ಶೆ, ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ಸೈದ್ಧಾಂತಿಕ ನಿಲುವುಗಳು, ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಾಹಿತ್ಯ ಅವಲೋಕನ ಹಾಗೂ ದಾದಿಯರ ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಾಗೂ ಇತರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಬಗೆಗಿನ ಸೈದ್ಧಾಂತಿಕ ಅವಲೋಕನವನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಸಾಹಿತ್ಯ ಪರಾಮರ್ಶನೆಯಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಕಲೆ ಹಾಕಿದ್ದು ಸಾಂದರ್ಭಿಕವಾಗಿ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಮೂರನೆಯ ಅಧ್ಯಾಯವು ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರವಾದ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಕುರಿತಾದ ವಿವರಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯ ಭೌಗೋಳಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ, ಆರೋಗ್ಯದ ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕ ಅಂಶಗಳ ಬಗೆಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿದ್ದು ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ

ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ಸಮಗ್ರ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ವಿವರಗಳು, ಲಭ್ಯವಿರುವ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಮಾಹಿತಿ ಅದರಲ್ಲೂ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗುವಂತೆ ತಾಲೂಕುವಾರು ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಅಧ್ಯಯನದ ಕ್ಷೇತ್ರವಾರು ವಿವರಣೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ನಾಲ್ಕನೆಯ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಪಾತ್ರದ ಕುರಿತಂತೆ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದ್ದು ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮುಖಾಂತರ ಕಲೆ ಹಾಕಿದ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಕೋಷ್ಟಕಗಳಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸ ಲಾಗಿದೆ. ಅಧ್ಯಯನದ ಸ್ಪಷ್ಟತೆಗಾಗಿ ಕೋಷ್ಟಕಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಚರ್ಚೆಯನ್ನು ಘಟನೆಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಹಾಗೂ ಸಾಹಿತ್ಯ ವಿಮರ್ಶೆಯ ಮೂಲಕ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಈಗಾಗಲೇ ನಡೆಸಿದ ಸಾಹಿತ್ಯ ವಿಮರ್ಶೆಯ ಆಧಾರದೊಂದಿಗೆ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಸ್ಪಷ್ಟತೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಜಿಲ್ಲೆಯ ತಾಲೂಕುಗಳನ್ನು ಜನಸಾಂದ್ರತೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ನಗರ ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಲಾಗಿದ್ದು ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕು ನಗರ ಕೇಂದ್ರಿತವೆಂದು, ಬಂಟ್ವಾಳ, ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ, ಪುತ್ತೂರು ಹಾಗೂ ಸುಳ್ಯ ತಾಲೂಕುಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗವೆಂದು ವಿಂಗಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಮಂಗಳೂರು ಹಾಗೂ ಇತರ ತಾಲೂಕುಗಳಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹಲವು ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಕಂಡುಬಂದಿದ್ದು ಮಾಹಿತಿ ಅನುಸಾರವಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಿ ಕೋಷ್ಟಕದ ಸಹಾಯದಿಂದ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಸಮಾರೋಪದಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದ ಫಲಿತಗಳನ್ನು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಯನದ ಫಲಿತಗಳು

೧. ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನವು ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿನ ೫ ತಾಲೂಕುಗಳಾದ ಮಂಗಳೂರು, ಸುಳ್ಯ, ಪುತ್ತೂರು, ಬಂಟ್ವಾಳ ಮತ್ತು ಬೆಳ್ತಂಗಡಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಮಂಗಳೂರಿನ ಹೆಚ್ಚಿನ ಭಾಗವು ನಗರಾಡಳಿತಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟಿದ್ದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ನಗರದಲ್ಲಿವೆ. ಉಳಿದ ತಾಲೂಕುಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕು ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ತಾಲೂಕಾಗಿದ್ದು, ಹೆಚ್ಚಿನ ಜನರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ನಗರದಲ್ಲಿ ಹೊರ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಂದ ಬಂದಂತಹ ಜನರು ಹೆಚ್ಚು ವಾಸವಾಗಿದ್ದು ಸಣ್ಣ ಸಣ್ಣ ನಗರ ಸ್ಲಂಗಳು ನಿರ್ಮಾಣಗೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ಕೆಲವು ಕಟ್ಟಡ ಸಂಕೀರ್ಣಗಳ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಣಬಹುದು.

೨. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ಮಿಷನರಿಗಳಿಂದ ಸ್ಥಾಪಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಹಲವಾರು ವಿದ್ಯಾಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಜನರ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಪ್ರಗತಿಗೆ ಮಹತ್ವದ ಕೊಡುಗೆಯನ್ನು ನೀಡಿವೆ. ಶ್ರೀಮಂತರು ಬಡವರು ಎಂಬ ಭೇದವಿಲ್ಲದೇ ಜ್ಞಾನಾರ್ಜನೆಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗುವಂತೆ ಕಡಿಮೆ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಮಂದಿ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು

ಪಡೆದುದರಿಂದ ಉದ್ಯೋಗವನ್ನರಸಿ ದೂರದ ಮುಂಬಯಿಗೆ ಪ್ರಯಾಣ ಬೆಳೆಸಿದುದರ ಪರಿಣಾಮ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಸದೃಢವಾಗಲು ಅನುಕೂಲವಾಯಿತು. ಆದರೆ, ಏಡ್ಸ್‌ನಂತಹ ಮಾರಕ ರೋಗಕ್ಕೆ ಹಲವಾರು ಮಂದಿ ಬಲಿಯಾದದ್ದು ಖೇದಕರ ಸಂಗತಿ. ಇದರಿಂದ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಏಡ್ಸ್ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಏರಿಕೆಯಾಗಲು ಕಾರಣವಾಯಿತು. ನಿರಂತರ ಮುಂಜಾಗರೂಕತೆ, ಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಕೆ ಕ್ರಮಗಳಿಂದ ಈ ರೋಗವು ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ, ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜನರು ಸುರಕ್ಷಾ ಲೈಂಗಿಕ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿರುವುದು ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿದೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಏರುಗತಿಯಲ್ಲಿ ಸಾಗುತ್ತಿದೆ. ಹಲವಾರು ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳು ಸ್ಥಾಪನೆಯಾದುದರ ಪರಿಣಾಮ ಸಸ್ಯಸಂಕುಲಗಳು, ಅರಣ್ಯಗಳು ನಾಶವಾಗಿವೆ. ಬಹುತೇಕ ಕೃಷಿಯನ್ನೇ ನಂಬಿ ಬದುಕು ಕಟ್ಟಿಕೊಂಡಿದ್ದ ಹಲವಾರು ಕುಟುಂಬಗಳು ಇಂದು ಸಮೃದ್ಧ ಜೀವನ ನಡೆಸಲು ಹೆಣಗಾಡುತ್ತಿವೆ. ಸಂತ್ರಸ್ತರಿಗೆ ನೀಡಿದ ಪರಿಹಾರವು ಯಾವ ಮೂಲೆಗೂ ಸಾಲದಂತಾಗಿದೆ. ಪ್ರಕೃತಿಯ ಮಡಿಲಲ್ಲಿ ಸ್ವಚ್ಛ ಪರಿಸರದ ಗಾಳಿ, ನೀರು, ಆಹಾರ ಸೇವನೆಯಿಂದ ಆರೋಗ್ಯವಂತರಾಗಿದ್ದ ಜನರು ಇಂದು ಕಾರ್ಖಾನೆಗಳು ಉಗುಳಿದ ವಿಷಾನಿಲದ ಸೇವನೆಯಿಂದ ರೋಗಗಳ ಗೂಡಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಕ್ಷಯ ರೋಗಿಗಳು ಪತ್ತೆಯಾಗಿರುವುದು ನಿಜಕ್ಕೂ ಆತಂಕಕಾರಿ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ಸ್ಥಳಾಂತರ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ ತಾವು ಹುಟ್ಟಿ ಬೆಳೆದ ಪರಿಸರವನ್ನು ತೊರೆದು ಹೊಸ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿ, ಅದೂ ಉಸಿರುಗಟ್ಟಿಸುವಂತಹ ಸಣ್ಣ ಸಣ್ಣ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳಲು ಆಗದೇ ಗಟ್ಟಿಮುಟ್ಟಾಗಿದ್ದ ಅದೆಷ್ಟೋ ಹಿರಿಯ ಜೀವಗಳು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಸ್ಥಿಮಿತವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಇನ್ನೂ ಕೆಲವರು ಸಾವನ್ನಪ್ಪಿದ್ದಾರೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಶಿಕ್ಷಣ, ಸಾರಿಗೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಉತ್ತಮ ಉದ್ಯೋಗದ ಅವಕಾಶಗಳು ಇರುವುದರಿಂದ ಜಿಲ್ಲೆಯು ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ಜನರನ್ನು ತನ್ನೆಡೆಗೆ ಆಕರ್ಷಿಸುತ್ತಿದೆ. ಇತರ ರಾಜ್ಯಗಳಿಂದ ಜಿಲ್ಲೆಗೆ ಬಂದಿರುವ ವಲಸಿಗರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತಂತೆ ತೀರಾ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ ವಹಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಇದು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಮೂಲವಾಸಿಗಳ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿರುವುದು ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಹೊರರಾಜ್ಯ ಹಾಗೂ ಹೊರಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಂದ ಬಂದಂತಹ ಕಾರ್ಮಿಕರು ಮೂಲಭೂತ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದು ಆಹಾರ, ನೀರು, ವಸತಿ, ಶೌಚಾಲಯದ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯಂತಹ ವಿಷಯಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹಲವಾರು ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ತಮ್ಮ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಒಪ್ಪಂದದ ಅವಧಿಯು ಮುಗಿಯುತ್ತಿದ್ದಂತೆ ತಮ್ಮ ಊರಿಗೆ ಹಿಂದುರುಗುತ್ತಾರೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಸರಕು ಸರಂಜಾಮುಗಳನ್ನು ಒಯ್ಯದೇ ಇರುವುದರಿಂದ ಮಳೆಗಾಲದಲ್ಲಿ ಇವುಗಳು ಕೊಳೆತು ಸೋಂಕು ರೋಗಗಳು ಹರಡುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ.

೩. ಇತರ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಜನರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ಮುತುವರ್ಜಿ ವಹಿಸಿದರೂ ಜಿಲ್ಲೆಯ

ಆರೋಗ್ಯದ ಗುಣಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಯಶಸ್ಸನ್ನು ಕಾಣುತ್ತಿಲ್ಲ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ೯೩ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿದ್ದು, ೧೪೦ ವೈದ್ಯರು ಹಾಗೂ ೮೨೭ ದಾದಿಯರು ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಶೇ. ೬೦ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಉತ್ತಮವಾಗಿದ್ದರೂ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿವೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ನಗರ ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿನ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಜನರು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ಅವಲಂಬಿಸದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಖಾಯಂ ವೈದ್ಯರು ಹಾಗೂ ಹಿರಿಯ ದಾದಿಯರ ಅನುಪಸ್ಥಿತಿಯು ಜನರಿಗೆ ಸರಕಾರಿ ಸೇವೆಗಳ ಮೇಲಿನ ಭರವಸೆಯನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ಔಷಧ ಪೂರೈಕೆಯು ಕ್ಲಪ್ತ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಆಗದೇ ಇರುವುದು ಹೆಚ್ಚಿನ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಈ ವಿಚಾರವಾಗಿ ಜನರನ್ನು ಸಂಭಾಳಿಸುವುದೇ ದೊಡ್ಡ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿನ ದಾದಿಯರು ಕನಿಷ್ಠ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿದ್ದು, ಒಂದೊಂದು ಉಪಕೇಂದ್ರಕ್ಕೂ ಒಬ್ಬೊಬ್ಬ ದಾದಿಯರನ್ನು ನೇಮಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಕೆಲವು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಎರಡು ಅಥವಾ ಮೂರು ಕೇಂದ್ರಗಳ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ವಹಿಸಿರುವುದು ದಾದಿಯರು ಅಧಿಕ ಕಾರ್ಯಭಾರದ ಒತ್ತಡದಿಂದ ಬಳಲುವಂತಾಗಿದೆ. ವಿಶ್ವವ್ಯಾಪಿಯಾಗಿ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಗಮನಿಸುವುದಾದರೆ, ಈ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಪ್ರಾತಿನಿಧಿತ್ವವೇ ಅಧಿಕ. ಶುಶ್ರೂಷಾ ಇತಿಹಾಸವನ್ನು ಗಮನಿಸುವುದಾದರೆ ಇಲ್ಲಿ ಪುರುಷರಿಗಿಂತ ಮಹಿಳೆಯರ ಪ್ರಾಬಲ್ಯವೇ ಹೆಚ್ಚು. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿಯೂ ಪುರುಷ ದಾದಿಯರು ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಶೇ. ೯೦ರಷ್ಟು ಪುರುಷ ದಾದಿಯರು ಹೊರಜಿಲ್ಲೆಯವರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯ ಹಲವು ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ವೈದ್ಯರುಗಳನ್ನು ನೇಮಿಸಲಾಗಿದ್ದು, ಇವರು ತಿಂಗಳು ಅಥವಾ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ವರ್ಗಾವಣೆಗೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ದಾದಿಯರೇ ಕೇಂದ್ರದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಕ್ಷೇತ್ರಭೇಟಿಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ಅತೀ ಕ್ಲಿಷ್ಟಕರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದು, ಇದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗಿಂತ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ, ಕ್ಷೇತ್ರ ಭೇಟಿಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ಜನರಿಂದ ನಿಂದಿಸಲ್ಪಡುವುದು, ಕೆಟ್ಟ ಪದಗಳಿಂದ, ತುಚ್ಛವಾದ ಮಾತುಗಳಿಂದ ಅವಮಾನಕ್ಕೊಳ ಪಡುವಂತಹ ಪ್ರಸಂಗಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

೪. ದಾದಿಯರ ಮೇಲೆ ಮಾನಸಿಕ ಹಾಗೂ ದೈಹಿಕ ದೌರ್ಜನ್ಯಗಳು ವಿಶ್ವದೆಲ್ಲೆಡೆ ನಡೆಯುತ್ತಿದೆ. ವೈದ್ಯರಿಂದ, ರೋಗಿಗಳಿಂದ, ರೋಗಿಗಳ ಕಡೆಯವರಿಂದ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಇತರ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಂದ ದಾದಿಯು ಒಂದಲ್ಲ ಒಂದು ರೀತಿಯ ದೌರ್ಜನ್ಯವನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಾಳೆ. ಈ ಕುರಿತಂತೆ ಹಲವಾರು ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ನಡೆದರೂ ದಾದಿಯರ ಮೇಲಿನ ದೌರ್ಜನ್ಯಕ್ಕೆ ತೆರೆಬೀಳದಿರುವುದು ಖೇದಕರ ಸಂಗತಿ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿಯೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ದಾದಿಯರು ಮಾನಸಿಕ ದೌರ್ಜನ್ಯಕ್ಕೆ

ಹಾಗೂ ಅಲ್ಪಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ದೈಹಿಕ ದೌರ್ಜನ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ತಾತ್ಕಾಲಿಕವಾಗಿ ನೇಮಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ದಾದಿಯರಂತೂ ದಲ್ಲಾಳಿಗಳ ಶೋಷಣೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದು, ಬೇಸತ್ತು ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಅರ್ಧಕ್ಕೇ ತೊರೆದಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ದಾದಿಯರು ಸಹಜವಾಗಿ ಸ್ತ್ರೀಸಹಜ ಗುಣವುಳ್ಳವರು. "ಹೆಣ್ಣಿಗೆ ಹೆಣ್ಣೇ ಶತ್ರು" ಎಂಬಂತೆ ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಅಸಹನೆ, ಕೋಪ, ಚುಚ್ಚುಮಾತುಗಳು ಮತ್ತು ಅವಹೇಳನಗಳು ಒಗ್ಗಟ್ಟನ್ನು ಒಡೆಯುವ ಕೆಲಸವನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಿವೆ. ಇನ್ನೊಂದು ಕಡೆ, ಇವರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಪರಿಣಾಮಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಯಾವುದೇ ಹೋರಾಟಗಳು ನಡೆದಿಲ್ಲ. ದಾದಿಯರ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ರಕ್ಷಿಸುವ ಮತ್ತು ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹಾರ ಮಾಡುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಬಲವಾದ ಸಂಘಟನೆಗಳು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿಲ್ಲದಿರುವುದು ದಾದಿಯರ ಸ್ಥಿತಿಯು ಇನ್ನಷ್ಟು ಶೋಚನೀಯವಾಗಲು ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗಿಂತ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ವಿಚಾರಗಳಿಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸರಿಯಾದ ಕ್ಷೇತ್ರ ವಿಭಜನೆ ಮಾಡದಿರುವ ಕಾರಣ ಕೆಲವು ದಾದಿಯರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಜವಾಬ್ದಾರಿ, ಕೆಲವರಿಗೆ ತೀರಾ ಕಡಿಮೆ ಜನಪ್ರದೇಶವನ್ನು ನೀಡಿರುವುದು ಸರಿಯಾದ ರೀತಿಯ ಕ್ಷೇತ್ರ ವಿಭಜನೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಯನ್ನು ಎತ್ತಿತೋರಿಸುತ್ತಿದೆ.

೫. ಯಾವುದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಯೋಜನೆಗಳು ಸಮರ್ಪಕವಾದ ಫಲಿತಾಂಶವನ್ನು ನೀಡಬೇಕಾದರೆ ತಳಮಟ್ಟದಿಂದಲೇ ಅದರ ಸರಿಯಾದ ನಿಯುಕ್ತಿಯು ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ. ಸಮಾಜದ ಅವಕಾಶವಂಚಿತ ವರ್ಗಗಳು ಯೋಜನೆಗಳ ಸರಿಯಾದ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಾಗಬೇಕು. ಅದರಲ್ಲೂ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಬುಡಕಟ್ಟು ವರ್ಗಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ವಿಚಾರಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ಹೆಚ್ಚು ಗಮನಹರಿಸ ಬೇಕಾದುದು ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗಗಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಹತ್ವ ಕೊಟ್ಟಿರುವುದರಿಂದ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗದವರಲ್ಲೂ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ಕಾಳಜಿಯು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರ ಜೊತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಕಾರ್ಯಗಳಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಸಹಕಾರವನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಆದರೆ, ಕೆಲವೊಂದು ಭಾಗದ ಬುಡಕಟ್ಟು ಜನಾಂಗದ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ ಅಷ್ಟೇನೂ ಉತ್ತಮವಾಗಿಲ್ಲ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಬಂಟ್ವಾಳ ತಾಲೂಕಿನ ನೆರಿಯಾ ಗ್ರಾಮದ ಕೊರಗರ ಸ್ಥಿತಿ ಅಷ್ಟೇನೂ ಉತ್ತಮವಾಗಿಲ್ಲದಿರುವುದು ತಿಳಿದುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶಗಳ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಅತೀ ಕ್ಷಿಪ್ರವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ನೀಡಲಾಗಿರುವ ಸಂಚಾರಿ ವಾಹನಗಳು ರಿಪೇರಿಗೆ ಬಂದಿದ್ದು, ಅದರಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯವು ಬಹಳ ಕಷ್ಟಕರವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದ್ದು, ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಿಂದಲೇ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಮಾಡುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯು ಬಂದೊದಗಿದೆ. ದಾದಿಯರ ಪ್ರಕಾರ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಜನರು ಮಾನಸಿಕ ಖಿನ್ನತೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದರೂ ಅದನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಲು ನಿರಾಕರಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ

ಬಗ್ಗೆಯೂ ತಲೆಕೆಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಅನಿಸಿಕೆಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿನ ದಾದಿಯರಲ್ಲಿ ೬೩.೫% ದಾದಿಯರು ವೇತನದ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಮೂರು ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ವೇತನವು ಪಂಚಾಯತ್ ಬಜೆಟ್ ಮೂಲಕ ನಿಗದಿಯಾಗಿ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇದು ವೇತನ ವಿಳಂಬಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದ್ದು, ತಿಂಗಳ ಸಂಬಳವನ್ನೇ ಅವಲಂಬಿಸಿರುವ ದಾದಿಯರು ಇದರಿಂದ ತುಂಬಾ ಸಂಕಷ್ಟಕ್ಕೆ ಸಿಲುಕಿರುವುದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ೩೨.೫% ದಾದಿಯರು ವಸತಿ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಸರಕಾರದಿಂದ ಕೊಡಲ್ಪಟ್ಟ ವಸತಿ ಗೃಹಗಳು ಸುಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲದಿರುವ ಕಾರಣ ಹೆಚ್ಚಿನ ದಾದಿಯರು ಬಾಡಿಗೆ ಮನೆ ಅಥವಾ ದೂರದ ತಮ್ಮ ಸ್ವಂತ ಮನೆಯಿಂದಲೇ ಕರ್ತವ್ಯಕ್ಕೆ ಹಾಜರಾಗಬೇಕಾಗಿರುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

೬. ಮೂಲತಃ ದಾದಿವೃತ್ತಿಯು ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ಅಪವಾದಕ್ಕೆ ಗುರಿಯಾಗಿರುವ ಒಂದು ಸೇವಾ ವಲಯವಾಗಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ದಾದಿಯರು ಕರ್ತವ್ಯದಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದು. ರಾತ್ರಿ ಪಾಳಿಯ ಕರ್ತವ್ಯದಿಂದಾಗಿ ಅಥವಾ ಕ್ಷೇತ್ರಭೇಟಿಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮನೆ ಮನೆ ತಿರುಗಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಿಂದಾಗಿ ಸಹಜವಾಗಿ ಓರ್ವ ದಾದಿಯು ಸಮಾಜದ ಕೆಟ್ಟ ನೋಟಗಳಿಗೆ ಬಲಿಯಾಗುತ್ತಾಳೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರು ಅಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಈ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಕುಟುಂಬವರ್ಗದವರಿಂದಲೇ ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಯ ಬಗೆಗಿನ ತಾತ್ಸಾರದ ಮನೋಭಾವನೆಯನ್ನು ಕಂಡು ಮನನೊಂದು ತಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ತೊರೆದಿರುವುದು ಗಮನಿಸಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ದಾದಿಯರು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಕಲೆಹಾಕಿದ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಂಪ್ಯೂಟರ್‌ನಲ್ಲಿ ದಾಖಲಿಸಬೇಕಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಹಿರಿಯ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಕಂಪ್ಯೂಟರ್ ಶಿಕ್ಷಣದ ಕೊರತೆಯು ಕಂಡುಬಂದಿದ್ದು, ತಮ್ಮ ಕೆಲಸಗಳಿಗೆ ಕಿರಿಯ ದಾದಿಯರನ್ನೇ ಅವಲಂಬಿಸಬೇಕಾದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ನೆಟ್‌ವರ್ಕ್ ಸಮಸ್ಯೆಯು ಹೆಚ್ಚು ತಲೆನೋವಾಗಿದ್ದು, ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ದಾಖಲಿಸುವ ಕಾರ್ಯ ವಿಳಂಬವಾಗಲು ಕಾರಣ ವಾಗಿದೆ. ಇದು ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಮೇಲಧಿಕಾರಿಗಳ ಅಸಮಾಧಾನಕ್ಕೂ ಕಾರಣವಾಗಿರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ದಾದಿಯರ ಕಾರ್ಯಭಾರಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಆಶಾಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದ್ದು, ೯೦% ಆಶಾಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ದಾದಿಯರ ಜೊತೆ ಒಮ್ಮತದಿಂದ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ೧೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಓರ್ವ ಆಶಾಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯನ್ನು ದಾದಿಯರಿಗೆ ನೀಡಲಾಗಿದ್ದು ಕೆಲವು ಕಡೆ ೩೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಬ್ಬ ಆಶಾಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಬೆಳ್ತಂಗಡಿಯ ನೆರಿಯ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಜನಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಒಬ್ಬ ಆಶಾಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಗೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಹಲವು ವರ್ಷಗಳ ಕಾಲ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಹಿರಿಯ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಸೇವಾ ಹಿರಿತನದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಮುಂಭಡ್ತಿ ನೀಡದೇ ಇರುವುದು ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದ ವಿಚಾರವಾಗಿದೆ.

೭. ದೇಶಾದ್ಯಂತ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಕಾಡುವ ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆ, ಸರಕಾರಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ದೊಡ್ಡ ಸವಾಲಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ. ಬಡತನ, ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ವೇಳೆ ತಾಯಿ ವಿಟಮಿನ್‌ಯುಕ್ತ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸದೇ ಇರುವುದು, ಇತ್ಯಾದಿ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆ ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿನ ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆ ಪ್ರಮಾಣ ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿದೆ ಎಂಬುದೇ ಸದ್ಯ ನಿರಾಳತೆಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ಇತರ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ತೀರಾ ಕಡಿಮೆಯಿದ್ದು, ಪ್ರಸ್ತುತ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ೦-೫ ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ೨೭೮೭ ಮಕ್ಕಳು ತೀವ್ರ ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇಂತಹ ಮಕ್ಕಳು ಕಡಿಮೆ ತೂಕ, ರಕ್ತಹೀನತೆ, ಹೃದಯದ ತೊಂದರೆ, ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆ, ಎತ್ತರ ಹಾಗೂ ತೂಕದ ನಡುವೆ ಅಸಮತೋಲನ, ಮುಂತಾದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಈ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿನ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿನ ದಾದಿಯರನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸಿ ಪಡೆದುಕೊಂಡ ಮಾಹಿತಿಗಳಲ್ಲಿನ ಒಟ್ಟು ಫಲಿತಗಳಾಗಿದ್ದು ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟಾರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ ಉತ್ತಮವಾಗಿದ್ದು ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಚಟವಟಿಕೆಗಳೇ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಮಸ್ಯೆಗೆ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವೆಂದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವೆಗಳು ಲಭ್ಯವಾಗಿದ್ದರೂ ಜನರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಇದರ ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳದೆ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವುದು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತಿದೆ. ಕೇವಲ ಬಿಪಿಎಲ್ ಕಾರ್ಡ್ ಹೊಂದಿರುವವರು ತಮಗೆ ದೊರಕಬೇಕಾದ ಇತರ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗೋಸ್ಕರ ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಮಂಗಳೂರು ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿರುವ ಜಿಲ್ಲಾ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಭೇಟಿ ಕೊಡುವ ಹೆಚ್ಚಿನ ರೋಗಿಗಳು ವಲಸಿಗರಾಗಿದ್ದು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜನರು ಅತೀ ಕಡಿಮೆ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ವೆನ್‌ಲಾಕ್ ಹಾಗೂ ಹೆರಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಾದ ಲೇಡಿಗೋಶನ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇ.ಎಸ್.ಐ(ಕೇಂದ್ರೀಯ ರಾಜ್ಯ ವಿಮಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ)ಸೌಲಭ್ಯ ಹೊಂದಿರುವ ಅನೇಕ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಕಾರಣ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಹೆಚ್ಚಿನ ಜನರು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸೇವೆಯ ನಿರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾಗುತ್ತಾರೆ.

ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಾದ ವೆನ್‌ಲಾಕ್ ಹಾಗೂ ಹೆರಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಾದ ಲೇಡಿಗೋಶನ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಕೊರತೆಗಳಿದ್ದು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಅಗತ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಲಭ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಹದಗೆಟ್ಟಿದ್ದು ರೋಗಿಗಳ ತುರ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೂ ಗಂಟೆಗಟ್ಟಲೆ ಕಾಯುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯು ನಿರ್ಮಾಣವಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಅಧ್ಯಯನದ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಮುಖ್ಯ ಅಧೀಕ್ಷಕರನ್ನು ಭೇಟಿಯಾಗಿ ಸಮಸ್ಯೆಯ ಹಾಗೂ ದಾದಿಯರ ಕುರಿತಂತೆ ಚರ್ಚಿಸಲು ಅವಕಾಶ ಕೋರಿದರೂ ಅಧೀಕ್ಷಕರು ಯಾವ ರೀತಿಯ ಸಹಕಾರವನ್ನೂ ನೀಡದಿರುವುದರಿಂದ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಕಲೆಹಾಕಲು ತೊಡಕಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿತ್ತು.

ಅಲ್ಲದೆ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ದಾದಿಯರು ತಮ್ಮ ಕಾರ್ಯಭಾರದ ಒತ್ತಡದಿಂದ ಕುಗ್ಗಿ ಹೋಗಿದ್ದು ಕೆಲವು ಕಡೆ ನೀರಸ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯೂ ವ್ಯಕ್ತವಾಯಿತು. ಆದಾಗ್ಯೂ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯವು ಸಮಸ್ಯೆಯ ನಿಖರತೆಯ ಕುರಿತಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಮನಹರಿಸಿದ್ದು ಮುತುವರ್ಜಿ ಹಾಗೂ ಸ್ಪಷ್ಟತೆಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಸಲಹೆಗಳು

ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನವು ತನ್ನ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಕೊಂಡ ಫಲಿತಗಳಿಗೆ ಅನುಸಾರವಾಗಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಅವುಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ತರುವಲ್ಲಿ ಸರಕಾರವು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಅಂಶಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆಯನ್ನು ನೀಡಿದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯ ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ತಡೆಹಿಡಿದಂತಾಗಬಹುದು.

೧. ಸರಕಾರವು ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಕೈಗಾರಿಕೆಯ ಸಂಬಂಧ ಭೂಮಿಯನ್ನು ವಶಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಮುಂದುವರೆಸಬಾರದು. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಈಗಾಗಲೇ ಸಾವಿರಾರು ಎಕರೆ ಕೃಷಿ ಭೂಮಿ ನಾಶವಾಗಿದ್ದು, ಮುಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಜನರು ಅನ್ನಕ್ಕೆ ಪರದಾಡುವಂತಹ ಪರಸ್ಥಿತಿ ಎದುರಾಗಬಹುದು.

೨. ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳಿಗೆ ಪರಿಸರ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಿನ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದಲ್ಲದೆ ಅತೀ ಹಾನಿಕಾರಕ ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳನ್ನು ಜನಸಂದಣಿ ಇರುವ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಥಾಪಿಸದಂತೆ ಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಕೆ ವಹಿಸಬೇಕು.

೩. ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಕೌಶಲ್ಯ ಇರುವ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಸೂಕ್ತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಯ ಪೂರೈಕೆ ಹಾಗೂ ಅಗತ್ಯ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು.

೪. ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಕ್ಲಪ್ತ ಸಮಯಕ್ಕೆ ವೇತನ, ಮುಂಬಡ್ತಿ, ವಸತಿ ಹಾಗೂ ಇನ್ನಿತರ ಅಗತ್ಯ ಭತ್ಯೆಗಳನ್ನು ಬದಗಿಸುವುದು ಅಲ್ಲದೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ದಾದಿಯರಿಗೂ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾದ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ನೀಡುವುದು.

೫. ದಾದಿಯರಿಗೆ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಪ್ರದೇಶ ವಿಭಜನೆ, ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ನೇಮಕ ಹಾಗೂ ಅವರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಕೂಡಲೇ ಸ್ಪಂದಿಸುವಂತಹ ದಕ್ಷ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ನಿಯೋಜನೆಯನ್ನು ಮಾಡುವುದು.

೬. ದಾದಿಯರನ್ನು ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ದೌರ್ಜನ್ಯದಿಂದ ರಕ್ಷಿಸಲು ಕರ್ತವ್ಯನಿರತ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ಸಿಸಿ ಕ್ಯಾಮರಾಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸುವುದು. ರಾತ್ರಿ ಪಾಳೆಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ದಾದಿಯರಿಗೆ

ಭದ್ರತೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಸಮಿತಿಯನ್ನು ರಚಿಸುವುದು.

೭. ಕಂಪ್ಯೂಟರ್ ಶಿಕ್ಷಣದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯನ್ನು ನೇಮಕಾತಿಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಡ್ಡಾಯ ಮಾಡುವುದು ಅಥವಾ ಮಾಹಿತಿ ದಾಖಲಿಸಲು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಕಂಪ್ಯೂಟರ್ ಆಪರೇಟರ್‌ಗಳನ್ನು ನೇಮಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಸೂಕ್ತ.

೮. ದಾದಿಯರ ಸೇವಾ ಭದ್ರತೆಗೆ ಕಾನೂನಿನ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರನ್ನು ನಿಂದಿಸಿದವರಿಗೆ ಅಥವಾ ಕರ್ತವ್ಯಕ್ಕೆ ಅಡ್ಡಿಪಡಿಸಿ ದವರಿಗೆ ಕಾನೂನಿನ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕಠಿಣ ಶಿಕ್ಷೆ ನೀಡುವಂತಹ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ನಿಯಮವನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದು.

೯. ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ, ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಹಾಗೂ ಬುಡಕಟ್ಟು ಸಮುದಾಯಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾದ ವಿಭಾಗವನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಅದರ ಕ್ಷಿಪ್ರ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಗೆ ಸೂಕ್ತ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯನ್ನು, ವಾಹನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು, ಔಷಧಿಗಳ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ನೀಡುವುದು.

೧೦. ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಬಹುತೇಕ ಊರುಗಳಿಗೆ ಕಡಿದಾದ ರಸ್ತೆಗಳನ್ನು ಬಳಸಿ ಹೋಗಬೇಕಾಗಿ ರುವುದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಹಾಗೂ ದಾದಿಯರನ್ನು ನೇಮಿಸುವುದು. ಸಾಧ್ಯವಾದರೆ ಮೂರು ಹಳ್ಳಿಗಳಿಗೆ ಒಂದರಂತೆ ಉಪ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ತೆರೆಯುವುದು.

೧೧. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಕುರಿತು ಅರಿವನ್ನು ಮೂಡಿಸುವುದು. ಜೊತೆಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕರನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಭೆಗಳಲ್ಲಿ/ಕಮಿಟಿಗಳಲ್ಲಿ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು(ಪ್ರತೀ ಹಳ್ಳಿಯಲ್ಲಿ ೩ ಅಥವಾ ೪ ಜನ ಸ್ಥಳೀಯ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಸದಸ್ಯರಾಗಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು).

ಅನುಬಂಧಗಳು

೧. ಪರಾಮರ್ಶನ ಗ್ರಂಥಗಳು
೨. ಛಾಯಾಚಿತ್ರಗಳು

ಪರಾಮರ್ಶನ ಗ್ರಂಥಗಳು

- ಅಜಯ್ ಮಹಲ್, "ಪಾಲಿಸಿ ಇಂಪ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್ ಆಫ್ ದ ಡಿಸ್ಟ್ರಿಬ್ಯೂಷನ್ ಆಫ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಸಬ್ಸಿಡಿಸ್ ಆನ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಎಜ್ಯುಕೇಷನ್: ದ ಕೇಸ್ ಆಫ್ ಕರ್ನಾಟಕ, ಇಂಡಿಯಾ", ದ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಆಫ್ ಷಿಕಾಗೋ ಪ್ರೆಸ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೪೯, ೨೦೦೫.
- ಅನಿಲ್ ಗುಂಬರ್, "ಗ್ಲೋಬಲೈಝೇಷನ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸೆಕ್ಟರ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ – ಸಮ್ ಎಮರ್ಜಿಂಗ್ ಇಶ್ಯೂಸ್", ಇಂಡಿಯನ್ ಎಕನಾಮಿಕ್ ಜರ್ನಲ್, ೨೦೦೬.
- ಅಮರ್ ಜಾನ್ಸೊನಿ, "ನರ್ಸಸ್ ಆ್ಯಸ್ ವುಮೆನ್", ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ಮಾರ್ಚ್ ೧೯೯೧.
- ಅಂಬುಜ್ ಡಿ. ಸಾಗರ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಆದಿಲ್ ನಜಂ, "ಶೇಪಿಂಗ್ ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ವಿಚ್ ವೇ ನೆಕ್ಸ್ಟ್", ಥರ್ಡ್ ವರ್ಲ್ಡ್ ಕ್ವಾಟರ್ಲೀ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೨೦, ೧೯೯೯.
- ಆರ್. ಮುರ್ರೆ ಥಾಮಸ್, "ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ರಿಲೇಷನ್ಸ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಥಿಯರಿ ಆ್ಯಂಡ್ ಎಜ್ಯುಕೇಷನಲ್ ಪ್ರಾಕ್ಟಿಸಸ್", ಕಂಪ್ಯಾಟಿವ್ ಎಜ್ಯುಕೇಷನ್ ರಿವೈವ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೩೦, ನಂ.೩, ೧೯೮೬.
- ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳು, ಭಾರತ ಸರಕಾರ, ೨೦೧೩.
- ಆ್ಯಂಟನಿ ಸ್ಟ್ರಿಚ್‌ಮ್ಯಾಟರ್, "ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಎಕನಾಮಿಕ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್", ಬರ್ಲಿನ್ ಹುಡೆಲ್‌ಬರ್ಗ್, ೨೦೧೨.
- ಅಮೋಲೆ ಬಿ.ಬಿ. ಆ್ಯಂಡ್ ಡಾಕರಿ, "ಮಲ್ಟಿಕ್ರೈಟಿರಿಯ ಡಿಸಿಷನ್ ಎನಾಲಿಸಿಸ್ ಆಫ್ ಆಕ್ಯುಪೇಷನಲ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಸ್ ಎಮಂಗ್ ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್ ಪ್ರೊಫೆಶನಲ್ಸ್", ಮೆಡಿಕಲ್ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಆಫ್ ಪೋಲೆಂಡ್, ೨೦೧೮.
- ಆರ್. ಹೇಮಾ ಆ್ಯಂಡ್ ವಿ.ಆರ್. ಮುರಳೀಧರನ್, "ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಹ್ಯೂಮನ್ ರಿಸೋರ್ಸ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್", ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೨೮, ೧೯೯೩.
- ಅಲ್‌ಅಮೆರಿ ಎ.ಎಸ್., "ಸೋರ್ಸಸ್ ಆಫ್ ಜಾಬ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಫಾರ್ ನರ್ಸಸ್ ಇನ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ಸ್", ಗೂಗಲ್ ಸ್ಕಾಲರ್ಸ್, ೨೦೦೩.

- ಉದಯವಾಣಿ ದೈನಿಕ – ೧೮.೦೩.೨೦೧೯.
- ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಸೋಷಿಯಲ್ ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಆಫ್ ಯುನೈಟೆಡ್ ನೇಷನ್ಸ್ – ೧೯೯೬ ಡಿಕ್ಲೇರೇಷನ್.
- ಎಂ.ಆರ್. ನಾರಾಯಣ, "ಎಜ್ಯುಕೇಷನ್, ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಆಫ್ ಲೈಫ್: ಮೆಷರ್‌ಮೆಂಟ್, ಇಷ್ಯೂಸ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಇಂಪ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್ ಫಾರ್ ಇಂಡಿಯಾ", ಸ್ಪ್ರಿಂಗರ್ ಸಯನ್ಸ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಬ್ಯುಸಿನೆಸ್ ಮೀಡಿಯಾ ಆನ್‌ಲೈನ್ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್, ೨೦೦೮.
- ಎಂ. ಚೋಕ್ಸಿ, ಬಿ. ಪಾಟೀಲ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಎಸ್. ಝೊಡ್ನಿ, "ಹೆಲ್ತ್ ಸಿಸ್ಟಂ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ", ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಪೆರಿನಾಟೊಲೊಜಿ, ೨೦೦೪.
- ಓ.ಡಿ. ಹೆಗ್ಗಡೆ, "ಕಾನ್ಸೆಪ್ಟ್ ಆಫ್ ವುಮೆನ್ ಏಜೆನ್ಸಿ – ಎ ಸ್ಟ್ರಾಟಜಿ ಫಾರ್ ವುಮೆನ್ ಎಂಪವರ್‌ಮೆಂಟ್", ಅರ್ಜುನ್ ಪಬ್ಲಿಷಿಂಗ್ ಹೌಸ್, ೨೦೦೬.
- ಕ್ಯಾಸೆಲ್ ಜೆ., "ದ ಕಾಂಟ್ರಿಬ್ಯೂಷನ್ ಆಫ್ ದ ಸೋಷಿಯಲ್ ಎನ್ವಿರಾನ್‌ಮೆಂಟ್ ಟು ಹೋಸ್ಟ್ ರೆಸಿಸ್ಟೆಂಟ್", ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಎಪಿಡೊಮೊಲಾಜಿ.
- ಕ್ಯಾಸ್ಪರ್ ವಾರ್ಮ್ ಹ್ಯಾನ್ಸೆನ್, "ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್: ಎ ನಿಯೋ–ಕ್ಲಾಸಿಕಲ್ ಪರ್‌ಸ್ಪೆಕ್ಟಿವ್", ದ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಆಫ್ ಷಿಕಾಗೋ ಪ್ರೆಸ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೭, ೨೦೧೩.
- ಕೆನ್ನೆಥ್ ಡಿ. ಬೆನ್ನೆ ಆ್ಯಂಡ್ ವಾರೆನ್ ಬೆನ್ನೆಸ್, "ರೋಲ್ ಆಫ್ ಕನ್‌ಫ್ಯೂಷನ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಕನ್‌ಫ್ಲಿಕ್ಟ್ ಇನ್ ನರ್ಸಿಂಗ್: ವಾಟ್ ಇಸ್ ರಿಯಲ್ ನರ್ಸಿಂಗ್?", ಅಮೆರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೫೯, ೧೯೫೯.
- ಕೆ. ಶ್ರೀನಿವಾಸನ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಚಂದ್ರಶೇಖರ್, "ರಿವ್ಯೂಯಿಂಗ್ ರೀಪ್ರೊಡಕ್ಟಿವ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಚೈಲ್ಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಪ್ರೋಗ್ರಾಮ್ಸ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ", ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೪೨.
- ಕೇಶವ್ ಉಚ್ಚಿಲ, "ಶತಮಾನದ ಬೀಸು ನೋಟ", ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಪ್ರಕಟನಾ ವಿಭಾಗ, ೨೦೦೦.
- ಕೈಯ್ಯಾರ ಕಿಂಞಣ್ಣ ರೈ, "ನನ್ನ ಬಾಲ್ಯದ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ", ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಪ್ರಕಟನಾ ವಿಭಾಗ, ೨೦೦೦.
- ಕ್ರೊನಿನ್, ಸ್ಟಬ್ಸ್ ಡಿ., ಬ್ರೊಫಿ ಇ.ಬಿ., "ಕ್ಯಾನ್ ಸೋಷಿಯಲ್ ಸಪೋರ್ಟ್ ಸೇವ್ ದ ನರ್ಸಸ್?" ಮೆಂಟಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವೆ ರಿಪೋರ್ಟ್, ೧೯೯೫.

- ಚಿತ್ರಭ್ರತ ಪಲಿತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಅಚಿಂತ್ಯ ದತ್ತಾ, "ಹಿಸ್ಟರಿ ಆಫ್ ಮೆಡಿಸಿನ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ", ಕಲ್ಲಾರ್ಝ್ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್, ೨೦೦೪.
- ಜಾನ್ ಸ್ಟ್ರೀಟ್, "ನ್ಯಾಷನಲ್ ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಸೋಷಿಯಲ್ ರೈಟ್ಸ್ ಇನೀಷಿಯೇಟಿವ್ (ಎನ್.ಈ.ಎಸ್.ಆರ್.ಐ.) – ಹ್ಯೂಮನ್ ರೈಟ್ಸ್ ದ ಹೆಲ್ತ್ ಪ್ರೋಗ್ರಾಂ", ನ್ಯೂಯಾರ್ಕ್ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್.
- ಜೀನ್ ಡ್ರೀಝ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್, "ಇಂಡಿಯಾ – ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪಾರ್ಟಿಸಿಪೇಷನ್", ಆಕ್ಸ್‌ಫರ್ಡ್ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್, ನ್ಯೂಡೆಲ್ಲಿ, ೨೦೦೨.
- ಜುನ್‌ಗಿನ್ ಕಿಮ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಮೇರಿ ಎಲ್ಲೆನ್ ವಿಗ್ಗಿನ್ಸ್, "ಫ್ರೆಂಡ್ಲಿ ಹ್ಯೂಮನ್ ರಿಸೋರ್ಸ್ ಪಾಲಿಸಿ: ಇಸ್ ಇಟ್ ಸ್ಟಿಲ್ ವರ್ಕಿಂಗ್ ಇನ್ ದ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಸೆಕ್ಟರ್", ವಿಲ್ಲಿ ಆನ್ ಬಿಹಾಫ್ ಆಫ್ ದ ಅಮೆರಿಕನ್ ಸೊಸೈಟಿ ಫಾರ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಆ್ಯಡ್ಮಿನಿಸ್ಟ್ರೇಷನ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೭೧, ೨೦೧೧.
- ಜೆರಾಲ್ಡ್ ಎ. ಡಾಕ್ಸನ್, "ಮೆಷರ್ಸ್ ದ ಎಕನಾಮಿಕ್ ಇಂಪೋರ್ಟೆನ್ಸ್ ಆಫ್ ದ ಹೆಲ್ತ್ ಸೆಕ್ಟರ್ ಆನ್ ಎ ಲೋಕಲ್ ಎಕನಾಮಿ", ಎಸ್.ಆರ್.ಡಿ.ಸಿ., ೨೦೧೨.
- ಜ್ಯೋತ್ಸ್ನಾಲಿ ಚೆಟಿಯಾ, "ಹ್ಯೂಮನ್ ರಿಸೋರ್ಸ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಆ್ಯಂಡ್ ದ ಕಾಂಟೆಕ್ಸ್ಟ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ", ಪ್ರತಿಧ್ವನಿ, ಪಬ್ಲಿಷ್‌ಡ್ ಬೈ ಬೆಂಗಾಲಿ ಡಿಪಾರ್ಟ್‌ಮೆಂಟ್, ೨೦೦೪.
- "ಟಾರ್ಗೆಟ್ಸ್ ಆಫ್ ದ ನ್ಯಾಷನಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಪಾಲಿಸಿ, ೧೯೮೩", ಡಬ್ಲ್ಯೂಡಬ್ಲ್ಯೂಡಬ್ಲ್ಯೂ.ಜಾಗರಣ್‌ಜೋಷ್.ಕಾಮ್/ಕೀ.
- ಟಿಮ್ ಕರ್ಲ್‌ಬರ್ನ್, ಜಾಸ್ಮಿನ್ ಗೈಡಾನ್, ನೋರಾ ಗ್ರೋಸ್, ಮೈಕಲ್ ಹೈನ್‌ರಿಚ್, ಇಲಾನ್ ಕೆಲ್‌ಮನ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಮರಿಯಾ ಕಟ್, "ಥಿಂಕಿಂಗ್ ಬಿಯಾಂಡ್ ಸೆಕ್ಟರ್ಸ್ ಫಾರ್ ಸಸ್ಟೈನೆಬಲ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್", ಯುಬಿಕ್ವಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್, ೨೦೧೫.
- ಟೆಕ್ ಗೈನ್ ಪಾರ್ಕ್, "ರೋಸ್ಟೋ ಆ್ಯಂಡ್ ಎಕನಾಮಿಕ್ ಡಿಸ್‌ಕೋರ್ಸ್ ಇನ್ ಸೌತ್ ಕೊರಿಯಾ ಇನ್ ೧೯೬೦", ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಷನಲ್ ಏರಿಯಾ ಸ್ಟಡಿ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೮, ೨೦೦೧.
- ಡಾ. ಉದಯ್‌ಕುಮಾರ್ ಇರ್ವತ್ತೂರು, "ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಸ್ಥಾಗಿತ್ಯದ ನಡುವೆ ಕರ್ನಾಟಕದ ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳ ಒಂದು ಅವಲೋಕನ", ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ಪತ್ರಿಕೆ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೦೭.
- ಡಾ. ಎಚ್.ಡಿ. ಪ್ರಶಾಂತ್, "ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಮಾಹಿತಿ", ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ಪತ್ರಿಕೆ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೧೬.

- ಡಾ. ಎಂ.ಚಂದ್ರ ಪೂಜಾರಿ, "ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳು", ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೧೭.
- ಡಾ. ಕೆ.ಸಿ. ಚೆನ್ನಮ್ಮ, "ಮಹಿಳೆಯ ದುಡಿಮೆ – ಏಕರೂಪತೆಯ ಪ್ರಶ್ನೆ", ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೧೦.
- ಡಾ. ಜನಾರ್ಧನ, "ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ", ಜೀವನ್ ಪ್ರಕಾಶನ, ಹೊಸಪೇಟೆ, ೨೦೧೯.
- ಡಾ. ಟಿ.ಆರ್.ಚಂದ್ರಶೇಖರ್, "ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಮಾನವ ಬಡತನ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳು", ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೧೪.
- ಡಾ. ಟಿ.ಆರ್. ಚಂದ್ರಶೇಖರ್, "ಅಸ್ಪೃಶ್ಯತೆ, ಆರ್ಥಿಕತೆ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ – ಅಧ್ಯಯನ ಪ್ರಬಂಧ", ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ಪತ್ರಿಕೆ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೦೭.
- ಡಾ. ಟಿ.ಆರ್. ಚಂದ್ರಶೇಖರ್, "ದುಡಿಯುವ ಮಹಿಳೆಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ವರೂಪ", ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ಪತ್ರಿಕೆ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೦೯.
- ಡಾ. ಟಿ.ಎಚ್. ಮೂರ್ತಿ, "ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ – ಕರ್ನಾಟಕದ ಒಂದು ತೌಲನಿಕ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ" (ಅಧ್ಯಯನ ಪ್ರಬಂಧ), ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಭಾಗ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೦೭.
- ಡಾ. ಪ್ರವೀಣ್ ಕೆ., "ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಸ್ಥಳಾಂತರ ಮತ್ತು ಪುನರ್‌ವಸತಿ - ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ವಿಶೇಷ ಆರ್ಥಿಕ ವಲಯದ ಒಂದು ಅಧ್ಯಯನ", ಅಪ್ರಕಟಿತ ಸಂಶೋಧನಾ ಪ್ರಬಂಧ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೧೬.
- ಡಾ. ಬಿ.ಎ. ವಿವೇಕ್ ರೈ, "ನಿಸರ್ಗ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ – ಅಂತರ್ ಸಂಬಂಧ", ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಪ್ರಕಟನಾ ವಿಭಾಗ, ೨೦೦೦.
- ಡಾ. ಬಿ.ಆರ್. ನಾಗೇಶ್, "ನಾಟಕ ಚಟುವಟಿಕೆ", ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಪ್ರಕಟನಾ ವಿಭಾಗ, ೨೦೦೦.
- ಡಾ. ಬಿ. ಶೇಷಾದ್ರಿ, "ಅಂಡರ್‌ಸ್ಟ್ಯಾಂಡಿಂಗ್ ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಆ್ಯಂಡ್ ರೀಜನಲ್ ಡಿಸ್ಪ್ಯಾರಿಟೀಸ್", ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ, ೨೦೧೦.
- ಡಾ. ಮುರಳೀಧರ್ ರಾವ್, "ದ ಸೋಷಿಯೋ-ಎಕನಾಮಿಕ್ ಸ್ಟಡೀಸ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಸ್ ಇನ್ ಡಿ.ಕೆ.", ಸಂಶೋಧನಾ ಕೃತಿ, ಮಂಗಳೂರು ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ೨೦೦೬.

- ಡಾ. ವೆಂಕಟೇಶ್ ಎಸ್. ಪೂಜಾರಿ, "ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ: ಗದಗ ಜಿಲ್ಲೆಯನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ", ಪಿ.ಎಚ್.ಡಿ. ಸಂಶೋಧನಾ ಕೃತಿ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.
- ಡಿ. ರಾಜಶೇಖರ್, ಎರ್ಲೆಂಡ್ ಬರ್ಗ್, ಮೈತ್ರೇಶ್ ಘಟಕ್, ಆರ್. ಮಂಜುಳಾ ಆ್ಯಂಡ್ ಸಂಚಾರಿ ರಾಯ್, "ಇಂಪ್ಲಿಮೆಂಟಿಂಗ್ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶ್ಯೂರೆನ್ಸ್: ದ ರೋಲ್ ಔಟ್ ಆಫ್ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಭೀಮಾ ಯೋಜನಾ ಇನ್ ಕರ್ನಾಟಕ", ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೪೬, ೨೦೧೧.
- ಡೇವಿಡ್ ಎಂ., "ಮ್ಯಾಪಿಂಗ್ ದ ಎಕನಾಮಿಕ್ ವ್ಯಾಲ್ಯೂ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್", ಕೀಪ್ ನ್ಯೂಸ್, ಡಬ್ಲ್ಯೂ.ಎಸ್.ಎನ್.ಎ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್, ವಾಷಿಂಗ್ಟನ್, ೨೦೧೨.ಥಾಮಸ್ ಜಿ., "ವಾಟ್ ಇಸ್ ಒರಿಜಿನಲ್ ರಿಸರ್ಚ್", ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಆಫ್ ನಾರ್ಥ್ ಫ್ಲೋರಿಡಾ, ೨೦೧೧.
- ಥೆಲ್ಮಾ ಏಂಜಲ್ಸ್, "ವಾಟ್ ಈಸ್ ಗುಡ್ ನರ್ಸಿಂಗ್?", ಅಮೆರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೫೯, ೧೯೫೯.
- ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ನೋಟ ೨೦೧೬-೧೭, ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ವಿಭಾಗ, ಜಿಲ್ಲಾ ಸಂಖ್ಯಾ ಸಂಗ್ರಹಣಾಧಿಕಾರಿ, ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ, ಮಂಗಳೂರು.
- ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ನೋಟ ೨೦೧೭-೧೮, ಜಿಲ್ಲಾ ಅಂಕಿಅಂಶಗಳ ವಿಭಾಗ, ಜಿಲ್ಲಾ ಸಂಖ್ಯಾ ಸಂಗ್ರಹಣಾಧಿಕಾರಿ, ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ, ಮಂಗಳೂರು.
- ದಾಸ್ ಗ್ಯಾಸ್ಪರ್, "ದ ಹ್ಯೂಮನ್ ಆ್ಯಂಡ್ ದ ಸೋಷಿಯಲ್: ಎ ಕಂಪ್ಯಾರಿಸನ್ ಆಫ್ ದ ಡಿಸ್ಕೋರ್ಸಸ್ ಆಫ್ ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್, ಹ್ಯೂಮನ್ ಸೆಕ್ಯೂರಿಟಿ ಆ್ಯಂಡ್ ಸೋಷಿಯಲ್ ಇಕ್ವಾಲಿಟಿ", ದ ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಷನಲ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಸೋಷಿಯಲ್ ಕ್ವಾಲಿಟಿ, ೨೦೧೧.
- ದೇಬಬ್ರತ ಬ್ಯಾನರ್ಜಿ, "ಸಿಂಪ್ಲಿಸ್ಟಿಕ್ ಎಪ್ರೋಚ್ ಟು ಹೆಲ್ತ್ ಪಾಲಿಸಿ ಎನ್ಯಾಲಿಸಿಸ್", ವರ್ಲ್ಡ್ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಟೀಂ ಆನ್ ಇಂಡಿಯನ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸೆಕ್ಟರ್, ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ.
- ದೇವೇಂದ್ರ ಬಿ. ಗುಪ್ತ ಆ್ಯಂಡ್ ಅನಿಲ್ ಗುಂಬರ್, "ಡಿಸೆಂಟ್ರಲೈಝೇಷನ್ - ಸಮ್ ಇನಿಷಿಯೇಟಿವ್ಸ್ ಇನ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸೆಕ್ಟರ್", ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೩೪, ೧೯೯೯.
- ನ.ಕೃ.ತಿಂಗಳಾಯ, "ಬ್ಯಾಂಕಿಂಗ್ ಉದ್ಯಮ", ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಪ್ರಕಟನಾ ವಿಭಾಗ, ೨೦೦೦.

- "ನರ್ಸಿಂಗ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಎಕನಾಮಿಕ್ ಡೌನ್‌ಟರ್ನ್ – ಎ ರೌಂಡ್ ಟೇಬಲ್ ಡಿಸ್‌ಕಶನ್", ರಾಯಲ್ ಕಾಲೇಜ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, ೨೦೧೩.
- ನ್ಯಾಷನಲ್ ರೂರಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಮಿಷನ್, ಗವರ್ನ್‌ಮೆಂಟ್.ಇನ್/ಎನ್‌ಎಚ್‌ಎಂ/ ಎನ್‌ಆರ್‌ಎಚ್‌ಎಂ. ಹೆಚ್‌ಟಿಎಂಎಲ್.
- ನೀಲ್ ಹಾಲ್‌ಫನ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಮೈಲ್ಸ್ ಹಾಚ್‌ಸ್ಟೈನ್, "ಲೈಫ್ ಕೋರ್ಸ್ ಹೆಲ್ತ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್: ಆ್ಯನ್ ಇಂಟೆಗ್ರೇಟೆಡ್ ಫ್ರೇಮ್ ವರ್ಕ್ ಫಾರ್ ಡೆವಲಪಿಂಗ್ ಹೆಲ್ತ್ ಪಾಲಿಸಿ ಆ್ಯಂಡ್ ರಿಸರ್ಚ್", ವಿಲ್ಲಿ ಆನ್ ಬಿಹಾಫ್ ಆಫ್ ಮಿಲ್‌ಬ್ಯಾಂಕ್ ಮೆಮೋರಿಯಲ್ ಫಂಡ್, ೨೦೦೨.
- ಪೀಟರ್ ಚಿನ್, "ಹ್ಯೂಮನ್ ರೈಟ್ಸ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್", ಕುಮಾರಿಯನ್ ಪ್ರೆಸ್ ಐ.ಎಂ.ಸಿ., ಫರ್ಸ್ಟ್ ಸೌತ್–ಏಷಿಯನ್ ಎಡಿಶನ್, ೨೦೦೫.
- ಪೀಟರ್ ಡೀಡ್ ಡಿ.ಡಬ್ಲ್ಯೂ., ವಾರ್‌ಫರ್ಡ್ ಜೆ., "ವರ್ಲ್ಡ್ ವಿಥೌಟ್ ಎಂಡ್ – ಎಕನಾಮಿಕ್ ಎನ್‌ವಿರಾನ್‌ಮೆಂಟ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಸಸ್ಟೇನೆಬಲ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ – ಆಕ್ಸ್‌ಫರ್ಡ್ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್, ೧೯೯೩.
- ಪ್ರಕಾಶ್ ಐ.ಜೆ., "ವುಮೆನ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಏಜಿಂಗ್", ಇಂಡಿಯನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, ೧೯೯೭.
- ಪ್ರಸನ್ನ ಸಾಲಿಗ್ರಾಮ ಆ್ಯಂಡ್ ಕಬೀರ್ ಶೇಖ್, "ಸೆಟ್ಟಿಂಗ್ ದ ಅಜೆಂಡಾ ಫಾರ್ ನರ್ಸ್ ಲೀಡರ್‌ಶಿಪ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ", ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಷನಲ್ ಜರ್ನಲ್ ಫಾರ್ ಈಕ್ವಿಟಿ ಫಾರ್ ಹೆಲ್ತ್, ೨೦೧೮.
- ಪೆಟ್ರಿಸಿಯಾ ಎಚ್. ಮಿಲ್ಲರ್, "ಕಂಟೆಂಪರರಿ ಪರ್‌ಸ್ಪೆಕ್ಟಿವ್ಸ್ ಫ್ರಂ ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್: ಇಂಪ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್ ಫಾರ್ ಫೆಮಿನಿಸ್ಟ್ ಸ್ಕಾಲರ್‌ಶಿಪ್", ದ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಆಫ್ ಷಿಕಾಗೋ ಪ್ರೆಸ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೩೧, ೨೦೦೬.
- ಫ್ರಾಂಕ್ಸ್ ರೋಮರ್‌ಶೈನ್, "ಎಕನಾಮಿಕ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯನ್ ಕಂಟ್ರಿ – ವಾಟ್ ಆರ್ ದ ಕ್ವೆಶ್ಚನ್ಸ್", ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಆಫ್ ಓಕ್ಲಾಮಾ ಕಾಲೇಜ್ ಆಫ್ ಲಾ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೧೨, ನಂ.೨, ೧೯೮೪.
- ಪೋರಿನೋ ಪೊಲಿಸ್, "ವಾಟ್ ಇಸ್ ನರ್ಸಿಂಗ್", ರೋಲ್ ಇನ್ ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಷನಲ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಗ್ಲೋಬಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಟೆಕ್ಸ್ಟ್, ೨೦೧೨.
- ಬಿ.ವಿ. ಕಕ್ಕಿಲಾಯ, "ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಚಳುವಳಿಗಳ ನೆನಪುಗಳು", ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿ ಪ್ರಕಟನಾ ವಿಭಾಗ, ೨೦೦೦.

- ಬಿಮಲ್ ಕೆ.ಪಿ., "ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವೀಸ್ ರಿಸೋರ್ಸಸ್ ಆ್ಯಸ್ ಎ ಡಿಟರ್‌ಮಿನೆಂಟ್ ಆಫ್ ಇನ್‌ಫ್ಯಾಂಟ್ ಡೆತ್ ಇನ್ ರೂರಲ್ ಏರಿಯಾ", ಸೋಷಿಯಲ್ ಸಯನ್ಸ್ ಮೆಡಿಸಿನ್, ೧೯೯೧.
- ಬೀನಾ ಅಗರ್‌ವಾಲ್, "ವರ್ಲ್ಡ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ರಿಪೋರ್ಟ್–೧೯೯೦".
- ಬೀನಾ ಅಗರ್‌ವಾಲ್, "ವರ್ಲ್ಡ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ರಿಪೋರ್ಟ್–೧೯೯೯", ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೨೯(೧೦).
- ಬೆಂಜಮಿನ್ ಮಾಸುನ್ ಮೀರ್, "ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಆ್ಯಸ್ ಹೆಲ್ತ್; ಎಂಪ್ಲಾಯಿಂಗ್ ದ ಕಲೆಕ್ಟಿವ್ ರೈಟ್ಸ್ ಟು ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಟು ಎಚೀವ್ ದ ಗೋಲ್ಸ್ ಆಫ್ ದ ಇನ್‌ಡಿವಿಜ್ಯೂವಲ್ ರೈಟ್ಸ್ ಟು ಹೆಲ್ತ್", ಜಾನ್ಸ್ ಹ್ಯಾಪ್ಕಿನ್ಸ್ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್, ೨೦೦೮.
- ಮರ್ಲಿನ್ ಕ್ಲೈನ್‌ಬರ್ಗ್, "ಎನ್ ಹಿಸ್ಟರಿಕಲ್ ಓವರ್‌ವ್ಯೂ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್", ಎಲ್.ಎಲ್.ಸಿ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್, ೨೦೧೪.
- ಮಹರಿ ವಾಂಡರ್‌ವಿಲ್ ಏಲಿಯನ್ಸ್, "ಇನ್ವೆಸ್ಟಿಗೇಟಿಂಗ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಎಫೆಕ್ಟ್ ಪ್ಯಾಟರ್ನ್ಸ್ ಇನ್ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಸ್ಟಾಫ್ ನರ್ಸಸ್", ಸೋಷಿಯಲ್ ಸಯನ್ಸ್ ಮೀಡಿಯಾ, ೧೯೯೭.
- ಮಾರ್ಷಲ್ ಜೆ., "ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಎಮಾಂಗ್ಸ್ಟ್ ನರ್ಸಸ್", ಕೂಪರ್ ಸಿ.ಎಲ್. ಮಾರ್ಷಲ್ ಎಡಿಟರ್ಸ್ ವಿಲ್ಲೆ, ೧೯೮೦.
- ಮೀರಾ ಕಾಮ್‌ದಾರ್, "ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್ ದ ೨೧ಸ್ಟ್ ಸೆಂಚುರಿ", ಆಕ್ಸ್‌ಫರ್ಡ್ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ ಪ್ರೆಸ್, ೨೦೧೮.
- ಮುಜಾಫರ್ ಅಸ್ಸಾದಿ, "ಜಾಗತೀಕರಣ ಮತ್ತು ನಾಗರಿಕ ಸಮಾಜ – ಭಾರತದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸವಾಲುಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆ" (ಅಧ್ಯಯನದ ಪ್ರಬಂಧ), ೨೦೦೧.
- ಮುದಿಯಾರ್ ಜಿ., "ಇನ್‌ಎಡಿಕ್ವೇಟ್ ರೆಗ್ಯೂಲೇಷನ್ಸ್ ಅಂಡರ್‌ಮೈನ್ ಇಂಡಿಯಾಸ್ ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್", ಬಿ.ಎಂ.ಜೆ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್, ೨೦೦೪.
- ಮೆನ್ಜಿಸ್ ಐ. ಈ., "ನರ್ಸಸ್ ಅಂಡರ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್", ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಷನಲ್ ನರ್ಸಸ್ ರಿವ್ಯೂ, ೧೯೬೦.
- ಮೆಬುಲ್ ಎಸ್. ವೆಲ್‌ಶೇ, "ವಾಟ್ ಈಸ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ನರ್ಸಿಂಗ್", ದ ಅಮೆರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೩೬, ೨೦೦೫.
- ಮೋನಿಕಾದಾಸ್ ಗುಪ್ತಾ, "ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ", ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೪೦, ೨೦೦೫.

- ಯು.ಎನ್.ಡಿ.ಪಿ. ರಿಪೋರ್ಟ್ ೧೯೯೦.
- ರವಿ ದುಗ್ಗಲ್, "ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್ ಬಜೆಟ್ಸ್ ಇನ್ ಎ ಚೇಂಜಿಂಗ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ಎಕನಾಮಿ", ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೩೨, ೧೯೯೭.
- ರಾಜೀವ್ ಅಹುಜಾ ಆ್ಯಂಡ್ ಅಲ್ಕಾ ನವರಂಗ್, "ಎಮರ್ಜಿಂಗ್ ಟ್ರೆಂಡ್ಸ್ ಇನ್ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಫಾರ್ ಲೋ ಇನ್‌ಕಮ್ ಗ್ರೂಪ್ಸ್", ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೩೮, ೨೦೦೫.
- ರೀತುಪ್ರಿಯಾ ಅಲ್ಫಾನ ಸಾಗರ್, ರಾಜೀವ್‌ದಾಸ್ ಗುಪ್ತಾ ಆ್ಯಂಡ್ ಸಂಘಮಿತ್ರ ಆಚಾರ್ಯ, "ಸಮ್ ಇಶ್ಯೂಸ್ ಆನ್ ಹೆಲ್ತ್ – ಮೇಕಿಂಗ್ ಇಂಡಿಯಾ ವರ್ಲ್ಡ್ ಕ್ಲಾಸ್" ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೩೯, ೨೦೦೪.
- ರುಥ್ ಬಿ. ಹ್ಯಾರಿಸ್, "ಎ ಸ್ಟ್ರಾಂಗ್ ವೋಟ್ ಫಾರ್ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಪ್ರೋಸೆಸ್", ಅಮೆರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೭೯, ೧೯೭೯.
- ರೂರಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸ್ಟ್ಯಾಟಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್, ಮಿನಿಸ್ಟ್ರಿ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ವೆಲ್ಫೇರ್, ಗವರ್ನ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ, ೨೦೧೫.
- ಲಿಪ್ಪಿನ್‌ಕಾಟ್ ವಿಲಿಯಮ್ಸ್ ಆ್ಯಂಡ್ ವಿಲ್ಕಿನ್ಸ್, "ನರ್ಸಿಂಗ್ ಇನ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸೆಕ್ಟರ್", ಅಮೆರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೧, ೧೯೫೨.
- ಲೀ ಜೆ.ಕೆ., "ಜಾಬ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಕಾಪಿಂಗ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಪರ್‌ಸಪ್ಷನ್ಸ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಸ್", ಗೂಗಲ್ಸ್ ಸ್ಕಾಲರ್, ೨೦೧೪.
- ವರ್ಲ್ಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆರ್ಗನೈಝೇಷನ್ ರಿಪೋರ್ಟ್, ೧೯೪೮.
- ವರ್ಲ್ಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆರ್ಗನೈಝೇಶನ್, "ದ ರೋಲ್ ಆಫ್ ದ ಆಕ್ಯುಪೇಷನಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ನರ್ಸ್ ಇನ್ ವರ್ಕ್ ಪ್ಲೇಸ್", ಹೆಲ್ತ್ ಮ್ಯಾನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್, ೨೦೦೧.
- ವರ್ಲ್ಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸ್ಟ್ಯಾಟಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್, ವರ್ಲ್ಡ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆರ್ಗನೈಝೇಶನ್, ೨೦೧೫.
- ವಿ.ಬಿ. ಅಣ್ಣಿಗೇರಿ, ಡಿಸ್ಟ್ರಿಕ್ಟ್ ಹೆಲ್ತ್ ಎಕೌಂಟ್ಸ್: ಎನ್ ಎಂಪಿರಿಕಲ್ ಇನ್‌ವೆಸ್ಟಿಗೇಷನ್", ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ೨೦೦೩.
- ವಿಲಿಯಂ, "ಎಕನಾಮಿಕ್ ಬ್ಯಾಕ್‌ವರ್ಡ್‌ನೆಸ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಎಕನಾಮಿಕ್ ಗ್ರೋಥ್", ಹಾರ್ಲೆ ಲೈಬೆನ್‌ಸ್ಟೈನ್, ೨೦೦೪.
- ವಿಲಿಯಂ, ಯು.ಎಸ್.ಮಿಶ್ರಾ ಆ್ಯಂಡ್ ನವನೀತಮ್, "ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಇನ್‌ಈಕ್ವಾಲಿಟಿ ಇನ್

ಇಂಡಿಯಾ – ಎವಿಡೆನ್ಸ್ ಫ್ರಂ ಎನ್.ಎಫ್.ಎಚ್.ಎಸ್", ಎಕನಾಮಿಕ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪೊಲಿಟಿಕಲ್ ವೀಕ್ಲೀ, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೪೩.

- ವುಲ್ಫಾಂಗ್ ಸ್ಯಾಚ್ಸ್, "ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ಡಿಕ್ಷನರಿ", ಓರಿಯಂಟ್ ಲಾಂಗ್ ಮ್ಯಾನ್, ೧೯೯೨.
- ಶಶಿಪ್ರಭಾ ಶರ್ಮಾ, "ಗಾಂಧೀಯನ್ ಹೊಲಿಸ್ಟಿಕ್ ಎಕನಾಮಿಕ್ಸ್", ನ್ಯೂಡೆಲ್ಲಿ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್, ೧೯೯೨.
- ಶ್ರೀಮತಿ ಫಿಲೋಮಿನಾ, "ಜಾಬ್ ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಬಿಟ್ವೀನ್ ಪ್ರೈವೇಟ್ ನರ್ಸ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಗವರ್ನ್‌ಮೆಂಟ್ ನರ್ಸ್: ಎ ಕೇಸ್ ಸ್ಟಡಿ ಆಫ್ ಡಿ.ಕೆ. ಡಿಸ್ಟ್ರಿಕ್ಟ್", ಥೀಸಿಸ್ ಸಬ್‌ಮಿಟ್ಟೆಡ್ ಫಾರ್ ಎಂ.ಫಿಲ್ ಡಿಗ್ರಿ, ಅಣ್ಣಾಮಲೈ ಯುನಿವರ್ಸಿಟಿ, ೨೦೦೭.
- ಶೆರ್ಲಿನ್ ಝಿಮ್ಮೇರ್ಝ್, "ಆ್ಯಮ್ ಐ ಆ್ಯಕ್ಟಿವ್ ಇನ್ ನರ್ಸಿಂಗ್?", ಅಮೆರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೮೨, ನಂ.೩, ೧೯೮೨.
- ಸರ್ಜ್ ಲೆಟಚ್, "ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಆಫ್ ಲಿವಿಂಗ್", ಓರಿಯಂಟ್ ಲಾಂಗ್‌ಮ್ಯಾನ್, ೨೦೦೪.
- ಸತ್ಯನಾರಾಯಣ್ ಭಟ್, "ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆಯುರ್ವೇದ ಪದ್ಧತಿಯ ಚರಿತ್ರೆಯ ಅವಲೋಕನ", ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಪ್ರಕಟನಾ ವಿಭಾಗ, ೨೦೦೦.
- ಸ್ಯಾಂಪಲ್ ರಿಜಿಸ್ಟ್ರೇಷನ್ ಸಿಸ್ಟಂ(ಎಸ್‌ಆರ್‌ಎಸ್) ಬುಲೆಟಿನ್, ಗವರ್ನ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ, ೨೦೧೧.
- ಸ್ಯಾಂಪಲ್ ರಿಜಿಸ್ಟ್ರೇಷನ್ ಸಿಸ್ಟಂ ಬುಲೆಟಿನ್, ಗವರ್ನ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ, ೨೦೧೬.
- ಸೆಂಟ್ರಲ್ ಬ್ಯೂರೋ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಇಂಟೆಲಿಜೆನ್ಸ್ ಡೈರೆಕ್ಟೊರೇಟ್, ಜನರಲ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವೀಸಸ್, ಮಿನಿಸ್ಟ್ರಿ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ವೆಲ್ಫೇರ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯಾ, ೨೦೦೫ ಟು ೨೦೧೨.
- "ಸ್ಟ್ರ್ಯಾಟಜಿ ಹೆಲ್ತ್ ಫಾರ್ ಆಲ್ – ನರ್ಸಿಂಗ್ ರೋಲ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಪರ್ಸ್‌ಪೆಕ್ಟಿವ್ಸ್", ಅಮೇರಿಕನ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ನರ್ಸಿಂಗ್, ೨೦೦೪.
- ಸ್ಟ್ಯಾಟಿಸ್‌ಟಿಕ್ಸ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ವೆಲ್ಫೇರ್ ಫಂಡ್, ಗವರ್ನ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ, ೨೦೧೨.
- ಸ್ಟ್ಯಾಟಿಸ್‌ಟಿಕ್ಸ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ವೆಲ್ಫೇರ್ ಫಂಡ್, ಗವರ್ನ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ, ೨೦೧೫.
- ಹಫೀಝಾ ಫೌಝಿಯಾ ತಬಸ್ಸುಂ ಆ್ಯಂಡ್ ರಶೀದ್ ಮೆನಾಝ್, "ದ ರೋಲ್ ಆಫ್

ಮಿಡ್‌ವೈಫ್ಸ್ ಇನ್ ಮದರ್ ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್", ಅಮೆರಿಕನ್ ಯುರಿಸಿಯನ್ ಜೆ. ಹೆನ್ರಿಕ್ಸ್ ಏರಿಯಾಸ್ ಮೆಂಟಲ್ ಸಯನ್ಸ್, ೨೦೧೪.

- ಹರಿಪ್ರಸಾದ್ ಕಾಪ್ಲೆ, "ಸೆಕ್ಷ್ಯುವಲ್ ಹರಾಸ್‌ಮೆಂಟ್ ಇನ್ ದ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ – ಆರ್ ನರ್ಸಸ್ ಸೇಫ್?", ಇಂಟರ್‌ನ್ಯಾಷನಲ್ ಜರ್ನಲ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸಯನ್ ಆ್ಯಂಡ್ ರಿಸರ್ಚ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೩, ೨೦೧೩.
- ಹ್ಯಾರೋ, "ನರ್ಸಿಂಗ್ ಮ್ಯಾನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್ – ಎ ಗೈಡ್ ಟು ಎಕನಾಮಿಕ್ ಎಸ್ಸೆಸ್‌ಮೆಂಟ್ ಇನ್ ನರ್ಸಿಂಗ್", ಹಿಲ್ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್, ೨೦೧೪.
- ಹಿಸ್ಟರಿ ಆಫ್ ವ್ಯಾಂಗಲೋರ್ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ಸ್ – ಎಚ್‌ಟಿಟಿಪಿಎಸ್/ ಐಎನ್.ಎಂ.ವಿಕಿಪೀಡಿಯಾ.ಓಆರ್‌ಜಿ.
- "ಹೆಲ್ತ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ – ಎ ಕಂಪೈಲೇಷನ್ ಆಫ್ ಆರ್ಟಿಕಲ್ಸ್ ಫ್ರಂ ಫೈನಾನ್ಸ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್" ಬೈ ಐ.ಎಂ.ಎಫ್, ವಾಷಿಂಗ್ಟನ್, ೨೦೦೪.
- ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ರಿಪೋರ್ಟ್, ೧೯೯೦.
- ಹ್ಯೂಮನ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್ ರಿಪೋರ್ಟ್, ೧೯೯೯.
- ಹ್ಯೊಟ್ ಬ್ಲೆಕ್ಲೆ, "ಹೆಲ್ತ್, ಹ್ಯೂಮನ್ ಕ್ಯಾಪಿಟಲ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಟ್", ಎನ್ಯೂವಲ್ ರಿವ್ಯೂ ಆಫ್ ಎಕನಾಮಿಕ್ಸ್, ವಾಲ್ಯೂಮ್ ೨, ೨೦೧೦.

ಛಾಯಾಚಿತ್ರಗಳು



೧. ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರು ಮನೆಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿ ಒದಗಿಸುತ್ತಿರುವುದು



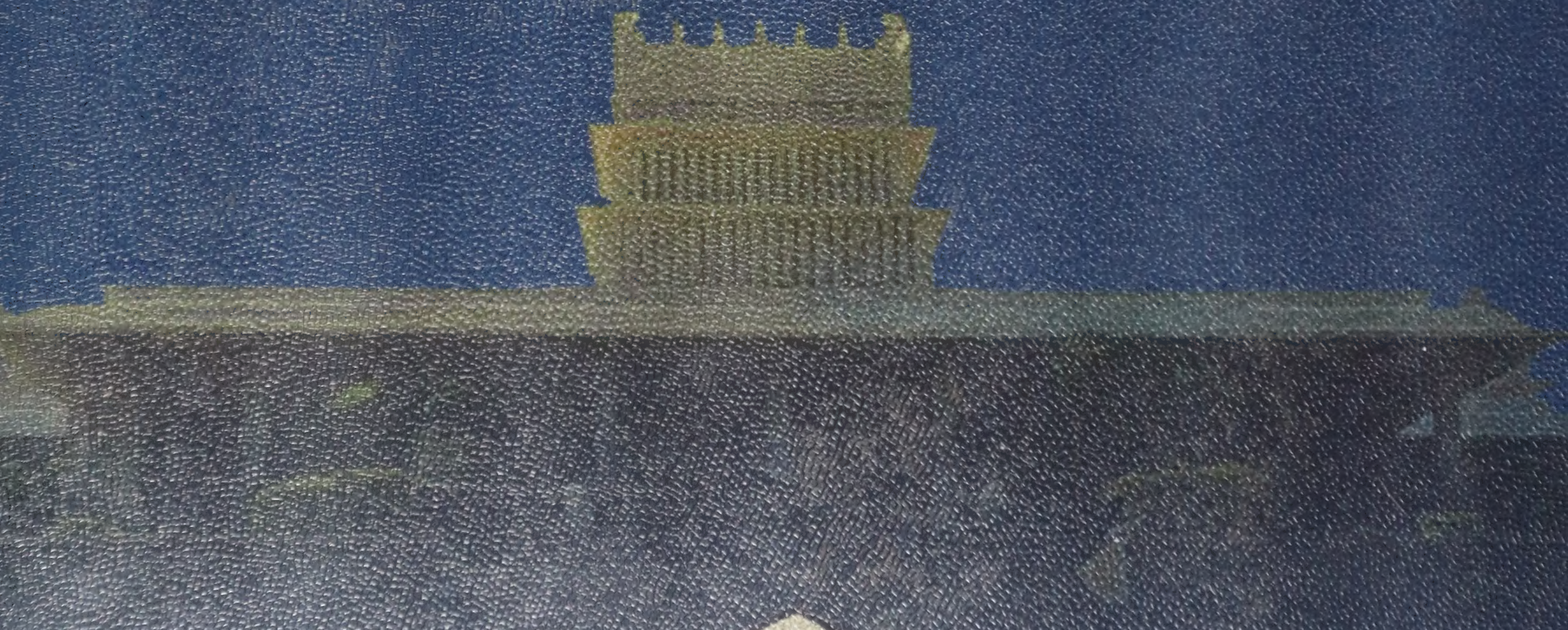
೨. ಅಂಗನವಾಡಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿತ ಕಾರ್ಯಾಗಾರ ನಡೆಸುತ್ತಿರುವುದು



೩. ಶಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ನಡೆಸುತ್ತಿರುವುದು



೪. ಡೆಂಗ್ಯೂ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ



ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ

ಮಾತೆಂಬುದು ಜ್ಯೋತಿರ್ಲಿಂಗ

ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಭಾಗ